

ANNÉE 1942

N°

153

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

SCHAEFER (Georges)

Né le 26 Septembre 1910, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 24 JUIN 1942

LE TRAITEMENT DES HERNIES CRURALES ÉTRANGLÉES

Président de Thèse : M. MATHIEU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1942

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **SCHAEFER.**

Prénoms : **Georges.**

(éventuellement) :

Nom de jeune fille :

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

SCHAEFER (Georges). — Le traitement des hernies crurales étranglées. — *Paris, Lib. Le François, 1942, in-8°, 84 p. — (Th. méd. (Et.), Paris, 1942. N°)*.

SCHAEFER (Georges). — Le traitement des hernies crurales étranglées. — *Paris, Lib. Le François, 1942, in-8°, 84 p. — (Th. méd. (Et.) Paris, 1942. N°)*.

SCHAEFER (Georges). — Le traitement des hernies crurales étranglées. — *Paris, Lib. Le François, 1942, in-8°, 84 p. — (Th. méd. (Et.), Paris, 1942. N°)*.

SCHAEFER (Georges). — Le traitement des hernies crurales étranglées. — *Paris, Lib. Le François, 1942, in-8°, 84 p. — (Th. méd. (Et.), Paris, 1942. N°)*.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **SCHAEFER.**

Prénoms : **Georges.**

(Éventuellement) :

Nom de jeune fille :

Date de la soumission :

Numéro d'ordre :

(Les renseignements seront complétés par le service de la bibliothèque)

SCHAEFER (Georges). — Le traitement des hémorragies crâniennes. — Paris, Lib. Le François, 1942, in-8°, 84 p. — (Th. méd. (Et.). Paris, 1942, N°).

SCHAEFER (Georges). — Le traitement des hémorragies crâniennes. — Paris, Lib. Le François, 1942, in-8°, 84 p. — (Th. méd. (Et.). Paris, 1942, N°).

SCHAEFER (Georges). — Le traitement des hémorragies crâniennes. — Paris, Lib. Le François, 1942, in-8°, 84 p. — (Th. méd. (Et.). Paris, 1942, N°).

SCHAEFER (Georges). — Le traitement des hémorragies crâniennes. — Paris, Lib. Le François, 1942, in-8°, 84 p. — (Th. méd. (Et.). Paris, 1942, N°).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR
SCHAEFER (Georges)

Né le 26 Septembre 1910, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 19

LE TRAITEMENT
DES HERNIES CRURALES ÉTRANGLÉES

Président de Thèse : M. MATHIEU, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1942

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale.....	QUÉNU.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée....	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
Clinique médicale.....	ABRAMI.
	TIESSINGER.
	HARVIER.
	PASTEUR-VALLERY-RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants.....	ROBERT DEBRÉ.
Clinique des maladies mentales et des ma- ladies de l'encéphale.....	LAIGNEL LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphi- litiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	MONDOR.
	GOSSET.
	CADENAT.
	LENCRMANT.
Clinique ophtalmologique.....	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	PORTES.
	LEVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
Clinique gynécologique.....	LEVEUF.
Clinique chirurgicale infantile et ortho- pédie	LOEPER.
Clinique thérapeutique médicale.....	LEMAÏTPE.
Clinique oto-rhino-laryncologique.....	BROCC.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	M. VILLARET.
Clinique propédeutique.....	TROISIER.
Clinique de la Tuberculose.....	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a- dulte	DONZELOT.
Clinique cardiologique	CLOVIS VINCENT.
Clinique de neuro-chirurgie	N...
Assistance Médico-Sociale.....	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.
Professeurs sans chaire.....	



II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

MM.

Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale..... BARIETY.
 Pathologie médicale BERNARD ETIENNE.
 Hydrologie..... BESANÇON JUSTIN.
 Bactériologie..... BONNET.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Pathologie médicale..... BROUET.
 Histologie BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CACHERA.
 Anatomie CORDIER.
 Pathologie médicale ... COSTE.
 Urologie COUVELAIRE.
 Anatomie pathologique DELARUE.
 Pathologie médicale ... DELAY.
 Physique DESGREZ H.
 Médecine légale DESOILLE.
 Obstétrique DIGONNET.
 Physique DOGNON.
 Pathologie chirurgicale FEVRE.
 Pathologie chirurgicale.. FUNCK-BRENTANO
 Parasitologie GALLIARD.
 Pathologie médicale..... GARCIN.
 Anatomie pathologique .. Mlle GAUTHIER-VILLARS

Pathologie médicale..... DE GENNES.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 Obstétrique LACOMME
 Obstétrique LANTUEJOUL.
 Parasitologie LAVIER.
 Pathologie médicale LELONG.
 Pathologie expérimentale LEMAIRE.
 Pathologie médicale ... LENEGRE.
 Pharmacologie Mlle J. LEVY.
 Pathologie médicale ... MARCHAL.
 Pathologie chirurgicale MENEGAUX.
 Pathologie médicale ... MOLLARET.
 Pathologie médicale ... MOUQUIN.
 Pathologie chirurgicale . PATEL.
 Pathologie chirurgicale . PETIT-DUTAILLIS.
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHET.
 Pathologie chirurgicale . SENEQUE.
 Pathologie chirurgicale . SICARD.
 Pathologie médicale SOULIE.
 Obstétrique SUREAU.
 Pathologie médicale TURPIN.
 Pathologie chirurgicale . WILMOTH.

III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Physiologie CHAILLEY-BERT
 Obstétrique GUÉNIOT.
 Pathologie chirurgicale.. HEITZ-BOYER.
 Anatomie pathologique.. HUGUENIN.

Obstétrique LE LORIER.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 Obstétrique VAUDESCAL.
 Médecine légale..... PIEDELIEVRE.

IV. — AGREGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM. ALAJOUANINE. BRULÉ. CHABROL. CHEVALIER. LAROCHE G. LIAN. MOREAU. SEZARY.	} Clinique médicale.	MM. BASSET. GATELLIER. de GAUDART d'ALLAINES MOULONGUET MOURE.	} Clinique chirurgicale
MM. ECALLE VIGNES	}	Clinique obstétricale.	

V. — CHARGES DE COURS

Education physique..... Radiologie clinique..... Stomatologie Puériculture	MM. CHAILLEY-BERT, agrégé. LEDOUX-LEBARD. DECHAUME. N...
---	---

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE

LE DOCTEUR ANDRÉ SCHAEFER

Ancien interne des hôpitaux

A MON ONCLE

LE DOCTEUR CHARLES SCHAEFER

Stomatologiste honoraire des hôpitaux

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS BAZY

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis
Président de l'Académie de Chirurgie
Président de la Croix-Rouge Française
Officier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu me considérer un peu comme son fils, en témoignage de mon affectueuse reconnaissance.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR SYLVAIN BLONDIN

Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur, Croix de Guerre

Qui m'a inspiré cette thèse, m'a aidé de ses conseils et reste pour moi un exemple.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL MATHIEU

Professeur de Clinique de Chirurgie Orthopédique
à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital Cochin
Membre de l'Académie de Médecine
Membre de l'Académie de Chirurgie
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu me faire
l'honneur de présider cette
thèse,*

*Hommage de ma profonde
reconnaissance et de mon res-
pectueux dévouement.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANTONIN GOSSET

Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine .
Chirurgien de la Salpêtrière
Membre de l'Académie des Sciences
Membre de l'Académie de Médecine
Membre de l'Académie de Chirurgie
Grand Officier de la Légion d'Honneur

En témoignage de ma respectueuse admiration et en reconnaissance de l'excellente année d'internat faite dans son magnifique service.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Externat

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS BAZY

MONSIEUR LE DOCTEUR AMEUILLE

MONSIEUR LE DOCTEUR GRENET

MONSIEUR LE DOCTEUR TOURAINE

Externat en premier

MONSIEUR LE PROFESSEUR LOEPER

MONSIEUR LE DOCTEUR BOURGEOIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR TROISIER

Internat

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

MONSIEUR LE DOCTEUR SAUVE

MONSIEUR LE DOCTEUR GIRODE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MOULONGUET

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LARDENNOIS

(in memoriam)

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL MATHIEU

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS BAZY

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. GOSSET

A MES MAITRES

MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS
BARIETY, CORDIER, FUNCK-BRENTANO,
LANTUEJOUL, PETIT-DUTAILLIS

MESSIEURS LES DOCTEURS
GERARD-MARCHANT, Jean GOSSET,
MAURER, PADOVANI, WELTI
Chirurgiens des Hôpitaux

A MES MAITRES DE LA FACULTE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RIVIERE
MONSIEUR LE PROFESSEUR HOVELACQUE
(in memoriam)
MONSIEUR LE PROFESSEUR OLIVIER

A MES AMIS

BOISSONNAT, LASCAUX, LE SOURD, JAMAIN

INTRODUCTION

Le traitement des hernies crurales étranglées a donné lieu jadis à de nombreuses discussions et ce sujet semble *a priori* quelque peu rebattu. Il nous a semblé cependant, d'une part que la fréquence actuellement considérable de ces hernies crurales étranglées lui redonnait un nouvel intérêt et d'autre part qu'il n'était peut-être pas inutile d'insister sur certains détails, certains connus et admis depuis la fin du siècle dernier et cependant encore ignorés de beaucoup de chirurgiens.

Les méthodes proposées sont nombreuses, certaines n'offrent guère qu'un intérêt historique, d'autres peuvent prêter encore à discussion. Pour choisir parmi ces méthodes, il faut, de toute évidence, se baser sur le degré et l'étendue des lésions rencontrées. C'est pourquoi, après un court rappel historique, nous examinerons, dans un autre chapitre, l'anatomie pathologique.

Nous exposerons ensuite les méthodes actuellement discutées dans le traitement des hernies crurales étranglées. Elles sont nombreuses, les opinions des divers

auteurs, très divergentes. Cependant il nous a semblé qu'on pouvait ramener grossièrement le problème à trois cas simples :

— l'anse est pratiquement saine, on peut et il faut la réintégrer, l'intervention se limite alors à une simple kélotomie suivie de la cure radicale de la hernie ;

— l'anse porte des lésions de nécrose déjà constituée ou qui aboutiront fatalement à la nécrose ; il faut alors pratiquer une entérectomie large remontant au-dessus de l'anse herniée pour réséquer sûrement tout le segment intestinal lésé ;

nous mettrons à part le phlegmon pyostercoral où l'intervention doit se limiter au minimum, c'est-à-dire à l'incision simple, aboutissant à l'établissement d'un anus contre nature.

Les observations que nous publions ont été recueillies, les unes, dans le service de notre maître, le Docteur Louis Bazy, les autres, par notre maître, le Docteur Sylvain Blondin, dans sa pratique de ville. Qu'il nous soit permis ici de les en remercier bien vivement.

HISTORIQUE

De tous les traitements proposés pour la cure des hernies crurales étranglées, le taxis semble le plus ancien et Praxagoras (de Cos) le connaissait déjà, d'après Broca. Cependant, il faut attendre le XVIII^e siècle pour en voir signaler les inconvénients et les dangers (Jean-Louis Petit). C'est Gosselin qui, le premier, en a bien précisé les règles. Depuis, il fut encore longtemps employé et ce n'est guère qu'à partir de ce siècle qu'il a été peu à peu abandonné.

Cependant la kélotomie est, elle aussi, très ancienne, puisque c'est vers 1560 que Franco pratiqua la première et Bonnet, en 1590, en publiait plusieurs observations. Réservée d'abord aux échecs du taxis, elle a bénéficié de la découverte de l'asepsie et de l'essor chirurgical qui s'en est suivi, elle a bénéficié aussi de la connaissance plus grande des dangers du taxis. Longtemps ce fut la simple kélotomie, bien qu'Ambroise Paré rétrécissait déjà le sac et le collet au moyen de la « suture royale ». La cure radicale associée ne fut faite que tardivement et Lucas-Championnière s'en est fait le champion en 1887. C'est de cette

date qu'elle fut peu à peu systématiquement pratiquée par les chirurgiens.

L'histoire de la résection pour gangrène est, elle aussi, très ancienne, « la chose est plus ancienne que le nom », disait Bouilly en 1881 en parlant de l'entérectomie. Ce fut d'abord une entérectomie simple, sans essai de réunion, bien que des tentatives d'entérorraphie aient été faites sur un tuteur : canule de sureau, portion d'intestin, où trachée artère. En fait, ce n'est guère qu'à partir de 1700 qu'on a précisé les règles de conduite. C'est Littre qui publie une observation d'ablation partielle d'un « appendice » gangrené, La Peyronie qui obtint un succès en rapprochant simplement les deux segments d'intestin : guérison complète en un mois.

Ramdohr, en 1827, publie son procédé de réunion par invagination du bout supérieur dans l'inférieur, invagination maintenue par un seul fil. Son procédé fut utilisé par Lavielle en 1810, Lücke en 1873, Kronlein en 1875.

Il faut citer dans ce chapitre le nom de Lembert qui lut en 1826, à l'Académie de Médecine, son mémoire sur « un nouveau procédé de suture intestinale ».

Peu à peu, les observations deviennent un peu plus nombreuses : Küster, Nicolodani, Kocher, Czerny qui utilise deux rangées de suture à la Lembert. Bouilly et Assaky, en 1883, réunissaient dans la littérature de 1873 à 1883 36 observations avec 50 % de mort et 9 guérisons complètes.

Depuis il faut citer les travaux de Delore et Thévenet en 1909, apportant une série de 29 cas d'entérectomies avec 13,8 % de mort seulement ; d'Aekerman en 1913, de Beller et Colp en 1926. Plusieurs thèses ont été consacrées également à cette question. Nous citerons entre autres la thèse de Bardet en 1920, concluant en faveur de la résection, tandis que Chatain, en 1938, propose l'anus contre nature avec fermeture précoce. Et c'est actuellement la question toujours débattue : faut-il réséquer ? Faut-il extérioriser ?

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'étude de l'anatomie pathologique de la hernie crurale étranglée nous paraît indispensable avant d'aborder le problème du traitement. Celui-ci, en effet, dépend en grande partie de la connaissance que le chirurgien a pu acquérir des aspects divers sous lesquels se montre l'anse incarcerated et des lésions véritables auxquelles correspondent ces aspects divers. C'est surtout depuis Nicaise qui a décrit dans sa thèse en 1866 l'aspect macroscopique et depuis les travaux de Cornil et Tchistovitch en 1889, de Bosc et Blanc en 1896, que l'on connaît bien l'anatomie pathologique des hernies étranglées.

Nous n'insisterons pas sur l'agent d'étranglement, c'est pratiquement toujours le ligament de Gimbernat. Nous n'insisterons pas davantage sur les lésions de l'épiploon ou de certains organes autres que l'intestin qu'on peut rencontrer dans le sac : vessie, trompe, appendice, diverticule de Meckel.

Nous étudierons tout d'abord les lésions constatées au niveau même de l'anse incarcerated.

Nous verrons ensuite les lésions des anses sus et

sous jacentes, puis les lésions que peut présenter le mésentère.

Enfin, nous terminerons par l'étude des lésions du sac herniaire et du péritoine.

I. — LÉSIONS CONSTATÉES AU NIVEAU MÊME DE L'ANSE INCARCÉRÉE

A. — ASPECT MACROSCOPIQUE

L'anse est augmentée de volume et limitée à ses deux extrémités par un sillon plus ou moins marqué.

La coloration est variable :

— elle peut être uniforme, d'une teinte plus ou moins foncée, allant du rouge vineux au rouge brun, ou même au brun violacé ou noirâtre. Nicaise notait déjà que la coloration noire ne contre-indique pas toujours la réduction ;

— elle peut au contraire varier d'un point à l'autre de l'anse, c'est l'aspect sans doute le plus fréquent que donnent les ecchymoses sous péritonéales disséminées réalisant un pointillé ecchymotique, se traduisant par des taches rouges noirâtres plus ou moins étendues. d'aspect brillant lorsque le péritoine qui les recouvre est sain, terne au contraire s'il y a déjà lésions de la séreuse ;

— enfin la coloration peut être marbrée, c'est plus rare. C'est surtout à la phase de gangrène que l'on rencontre cet aspect, la coloration est alors brune, feuille morte, ou verdâtre, avec perte du lustre de la séreuse, ce qui pour Travers est un caractère certain de gangrène.

Ces modifications prédominent au sommet de l'anse et sont plus prononcées sur le bord opposé au bord mésentérique (Bosc et Blanc).

La consistance est également variable, elle est d'abord tendue, rénitente, élastique. Elle paraît, selon Astley Cooper cité par Nicaise, avoir une texture ferme, charnue. Plus tardivement l'anse devient plate, molle, friable. « La plupart des auteurs admettent que l'affaissement des tuniques intestinales qui sont comme ridées est un signe de gangrène et qu'il y a contre-indication à la réduction ». « L'intestin paraît mince et se déchire comme du papier mouillé » (Nicaise).

Le sillon d'étranglement mérite une étude spéciale, c'est là et à son voisinage que les lésions sont au maximum, toujours en avance sur les autres (Chatain). La coloration devient souvent terne et grisâtre à ce niveau et alors que la vascularisation se rétablit parfois rapidement dans le reste de l'anse, au niveau du sillon, au contraire, on peut n'observer aucune amélioration. Dans certains cas, toute l'anse herniée paraît saine et pourtant des lésions de gangrène très profondes existent au niveau du sillon, à tel point qu'au moment où l'intestin est libéré, celui-ci peut se rompre en ce point, laissant couler un flot de matières

stercorales (Patel). La consistance est souvent flasque à son niveau et les parois semblent amincies.

Tel est l'aspect de l'anse dans son ensemble. Voyons maintenant les modifications constatées au niveau des diverses couches qui constituent la paroi intestinale.

1° *La séreuse*

est lisse, luisante, ou au contraire terne, légèrement dépolie. Elle peut présenter des éraillures signalées déjà par Cloquet et Huguier. Elle semble amincie dans son ensemble et peut quelquefois être ulcérée aux extrémités de l'anse où elle porte la trace de la constriction.

2° *La sous-séreuse*

est le siège d'un œdème parfois assez prononcé, elle présente souvent une infiltration sanguine. Elle disparaît parfois complètement au niveau du sillon.

3° *La musculuse*

est quelquefois pâle et amincie. Le plus souvent, elle est épaissie, infiltrée de sang et de sérosités, parfois enfin, elle est ramollie ou friable.

Au niveau du sillon la couche circulaire, peu altérée au niveau du bord mésentérique, s'amincit et disparaît à mesure qu'on s'en éloigne. La couche longitudinale paraît résister plus longtemps.

La couche musculaire peut disparaître complètement et précocement (Nicaise), mais dans l'ensemble les lésions sont relativement peu marquées. Ce sont

les hémorragies formées au niveau de cette tunique qui forment le piqueté et les taches ecchymotiques visibles sous la séreuse, « qui signent aux yeux de l'opérateur l'attrition plus ou moins grande des vaisseaux sous-jacents » (Bardet).

4° *La sous-muqueuse*

est épaissie et infiltrée. Elle est aussi souvent amincie et atrophiée au niveau du sillon.

5° *La muqueuse*

« C'est la première membrane altérée dans l'étranglement » (Nicaise). De coloration rouge ou noirâtre, uniforme ou marbrée, elle peut présenter des ulcérations, après desquamation de l'épithélium au niveau des ecchymoses.

B. — ASPECT MICROSCOPIQUE

1° *La séreuse* est le plus souvent normale.

2° *La sous-séreuse* est souvent dissociée par des foyers hémorragiques qui distendent le péritoine.

3° *La musculeuse* est séparée de la sous-muqueuse par un important plexus vasculaire qui présente un aspect lacunaire avec diapédèse intense.

Les fibres musculaires transversales sont peu atteintes, mais présentent cependant une infiltration leucocytaire prononcée. Gonflées, les fibres prennent moins bien la couleur et peuvent présenter une dégénérescence hyaline.

Les fibres longitudinales sont plus atteintes, les foyers ecchymotiques sont nombreux.

Au niveau du plexus d'Auerbach, entre les deux couches musculaires, la dilatation vasculaire et la diapédèse sont au maximum: vaisseaux en boudin, foyers hémorragiques de volume variable, à grand axe allongé dans le sens du plexus.

Les lésions peuvent aller jusqu'à la dissociation complète des fibres et à la production de vastes foyers de dégénérescence.

4° *La sous-muqueuse* présente une infiltration leucocytaire. Les dilatations vasculaires, sanguines ou lymphatiques, lui donnent un aspect de tissu caverneux dont les espaces sont gorgés de globules blancs. Fait important, les vaisseaux sont fréquemment thrombosés. Les ruptures vasculaires sont fréquentes, donnant lieu à des hémorragies plus marquées que dans la muqueuse. Au niveau des follicules, augmentation des cellules mobiles et dilatation des vaisseaux.

5° *La muqueuse* présente des altérations variables.

Dans les parties les moins atteintes, l'épithélium résiste mais desquame. L'infiltration leucocytaire se produit dans la partie sous-épithéliale des villosités et dans l'intérieur même de l'épithélium.

Dans les parties les plus atteintes, l'épithélium est complètement abrasé, l'infiltration leucocytaire s'accroît dans les villosités. Les vaisseaux et les capillaires sont dilatés, surtout à la base des villosités. Au niveau des glandes, les cellules présentent des vacuoles.

A un degré de plus, la nécrose peut dissocier complètement toute la villosité dont il ne persiste que la partie centrale et les gros vaisseaux dilatés. Les tubes glandulaires sont fragmentés, les cellules granuleuses et vacuolaires.

En résumé, on peut dire avec Bardet que les lésions sont d'autant plus marquées qu'on se rapproche de la lumière intestinale.

C. — LE CONTENU

est formé par des gaz et des matières semi-liquides, souvent sanguinolentes ou franchement hémorragiques. Il s'y produit une pullulation microbienne. Ces microbes présenteraient de plus une virulence accrue.

II. — LES LÉSIONS DES ANSES INTESTINALES SUS ET SOUS-JACENTES

C'est un fait remarquable et connu depuis longtemps que les lésions ne restent pas limitées au segment intestinal incarcéré, mais s'étendent au-dessus et au-dessous. Ce fait est d'une importance capitale pour déterminer l'étendue que l'on doit donner à la résection lorsqu'on en a posé l'indication.

1) *Les lésions du bout supérieur* sont connues depuis très longtemps et ce sont en effet les plus mar-

quées. L'intestin est dilaté, les parois sont amincies, ou au contraire hypertrophiées. Ces lésions ne diffèrent nullement de celles rencontrées sur l'anse étranglée (Bardet). Elles remontent souvent très haut. Aussi, pour Masmonteil, faudrait-il aller jusqu'à 60 et même 80 cm. pour être sûr d'être au delà de ces lésions.

2) *Le bout inférieur* apparaît au contraire diminué de calibre, ou au moins d'aspect normal. Il peut cependant présenter lui aussi des lésions : Nicaise a constaté à son niveau l'existence d'hémorragies ; mais dans tous les cas, les lésions sont moins fréquentes, moins intenses, et surtout moins étendues qu'au niveau du bout supérieur.

III. — LES LÉSIONS DU MÉSENTÈRE

Le mésentère est toujours plus ou moins oedématié, congestif et friable.

Parfois même il est déchiré, ce qui n'a qu'une importance relative quand la déchirure se fait dans le sens perpendiculaire à l'intestin et n'intéresse pas les arcades principales. Mais ces dernières années on a rapporté de nombreuses observations de désinsertion mésentérique, qui, elle, présente une gravité certaine. Si une désinsertion minime, ne dépassant pas 1 à 2 cm., ne s'accompagne pas de lésions graves de

l'intestin, une désinsertion plus étendue amène fatalement, même si l'anse paraît saine au moment où on l'examine, une nécrose du segment intestinal dont la circulation artérielle et veineuse est interrompue du fait de cette désinsertion.

En dehors de ces déchirures mésentériques, il est fréquent d'observer des thromboses artérielles et veineuses dont on conçoit l'importance pour le rétablissement de la circulation dans l'anse herniée après débridement. Ces lésions relèvent d'une pathogénie encore discutée sur laquelle nous allons revenir dans un instant, mais, quelle que soit cette pathogénie, il importe d'en connaître l'existence et d'essayer de les rechercher lorsqu'on examine le contenu d'une hernie étranglée. Il ne suffit pas d'apprécier l'état actuel de l'anse, mais il faut encore examiner avec soin le mésentère et les vaisseaux qu'il contient pour rechercher une déchirure, une absence de battements.

Fiolle a rapporté une observation à la Société de Chirurgie où une déchirure du mésentère coexistait avec une anse d'aspect relativement sain. Mais, fait important, la rupture du mésentère ne s'était accompagnée d'aucune hémorragie, d'où il conclut que la thrombose des vaisseaux avait précédé la rupture du mésentère.

IV. — LE SAC HERNIAIRE

Lorsqu'on aborde directement la hernie, on trouve le sac distendu, turgescant, de coloration rougeâtre au début. Le plus souvent, son contenu lui donne une teinte ardoisée ou noirâtre. Il peut être, dans les hernies étranglées anciennes, adhérent aux tissus périsacculaires. Enfin, dans ces hernies crurales étranglées, on rencontre très fréquemment un lipôme ou un kyste pré-herniaire qui peuvent gêner l'abord de la hernie par voie crurale. Nous verrons au contraire qu'ils viennent très facilement avec le sac lorsqu'on passe par voie inguinale.

Le sac peut ne rien contenir en dehors de l'anse intestinale étranglée. C'est dire que dans ce cas elle est exposée à être blessée si l'on intervient par voie crurale lorsqu'on incise le sac, ce qui vient encore aggraver les lésions d'une anse déjà altérée.

Le plus souvent, le sac contient du liquide qui protège l'intestin lors de l'incision du sac. D'abord limpide, citrin, il devient rapidement rosé, puis franchement hémorragique ou noirâtre.

Dans certains cas de hernies opérées tardivement, ce liquide prend un aspect puriforme, ou même fécaloïde en même temps qu'il prend une odeur infecte. Patel insiste sur ce fait que les transformations du liquide intra sacculaire peuvent se produire sans gangrène des tuniques intestinales par septicité simple.

Ce liquide est en effet presque toujours septique.

Bosc et Blanc ont montré que les microbes contenus dans la lumière intestinale pénétraient dans les parois au niveau des lésions de la muqueuse et suivaient les parois vasculaires et les hémorragies intra-pariétales. Le plus souvent, il s'agit évidemment de colibacilles, mais d'autres espèces microbiennes peuvent être rencontrées.

V. — LA SÉREUSE ABDOMINALE

peut être absolument saine. Mais souvent elle réagit :

— soit sous forme de péritonite localisée se traduisant par des adhérences accolant les segments sus et sous-jacents à l'anse incarcerated, voire même s'étendant aux anses voisines et unissant ces segments au péritoine avoisinant l'anneau crural ;

— soit sous forme d'un épanchement séreux plus ou moins abondant ;

— soit sous forme de péritonite généralisée vraie qui reconnaît comme cause, le plus souvent, une perforation, mais qui pourrait, elle aussi, être due à la simple migration des microbes à travers la paroi intestinale altérée.

PATHOGÉNIE

Notre intention n'est pas de nous étendre ici sur le mécanisme de l'étranglement qui reste encore, à vrai dire, assez mystérieux malgré les nombreuses théories proposées ; l'étranglement élastique de Richter, la coudure sur vive arête de Chassaignac, l'étranglement par le coin mésentérique de Lossen et Berger peuvent expliquer certains faits, mais ne peuvent être généralement admis.

Plus intéressantes sont les discussions soulevées depuis quelques années sur le mécanisme des lésions intestinales rencontrées et plus précisément du rôle relatif de l'infection et de la thrombose dans les lésions d'infarctus intestinal, si souvent rencontrées dans les hernies étranglées.

Fontaine et Kunlin ont publié en 1936 les résultats de leur expérimentation sur le chien. Ils ont étudié comment se comportait une anse intestinale artificiellement étranglée, selon que l'on comprimait ou non l'artère, la veine ou l'ensemble des vaisseaux destinés à l'anse considérée et ils concluent de la façon suivante :

1° L'étranglement d'une anse intestinale est relativement bien supporté si l'artère et la veine ont toutes deux échappé à la compression.

2° Au contraire, si l'une ou l'autre subit aussi la compression, des accidents graves vont s'observer :

— Accidents de nécrose si l'artère est comprimée (et oblitérée mécaniquement par la compression).

— Accidents d'infarctus si la compression porte sur la veine laissant l'artère libre.

Nul n'a songé à contester le rôle de la thrombose anatomiquement constituée. Mais Fontaine et Kunlin pensent que ce que l'on appelait infarctus de cause extra vasculaire sont en réalité liés, eux aussi, à une compression veineuse « lorsqu'une anse s'infarcit, l'étranglement a déterminé une importante gêne de la circulation veineuse, non seulement intra-murale, mais aussi radriculaire. Point n'est besoin que la veine soit complètement oblitérée ou que les artères soient intéressées. Une compression de quelques heures, si elle porte à la fois sur la circulation intra-pariétale et sur la veine radriculaire, peut suffire à créer des lésions d'infarcissement irrémédiable. Entre cet infarcissement d'origine veineuse, seule variété qui mérite le nom d'infarctus, et la gangrène herniaire dont l'origine vasculaire ne fait de doute pour personne, il n'y a, au point de vue pathogénique, qu'une différence de degré. Les complications vasculaires des hernies étranglées vont depuis la simple cyanose par stase jusqu'à l'infarcissement d'origine veineuse, mais sans oblitération vasculaire et au delà jusqu'à la gangrène

massive avec oblitération artérielle. Entre les stades extrêmes, il y a tous les intermédiaires ».

Ils ont constaté également des lésions d'entérite phlegmoneuse, mais pour eux, ces lésions se développent secondairement aux lésions d'infarctus, elles en sont les conséquences et non la cause. Pour eux, c'est donc et dans tous les cas, la compression vasculaire qui joue un rôle prépondérant dans le mécanisme des lésions intestinales.

Notre maître, M. Moulonguet, pense au contraire qu'en dehors des infarctus de cause vasculaire, il existe des infarctissements sans lésions vasculaires qui sont liés uniquement à l'infection développée à partir des lésions de la muqueuse intestinale de l'anse herniaire, qui donnerait une véritable entérite qui gagne de proche en proche et peut ainsi remonter au-dessus de l'anse incarcérée.

La discussion est toujours ouverte entre les partisans de l'une ou de l'autre opinion. Dans tous les cas, que l'on admette la pathogénie vasculaire ou la pathogénie infectieuse, l'une et l'autre expliquent la fréquence des lésions au delà de l'anse herniée.

TRAITEMENT

Le taxis est la méthode la plus anciennement connue et il n'y a pas si longtemps les traités classiques discutaient encore de ses indications et de sa durée. On discutait aussi pour ou contre l'anesthésie. Thomas, dans son traité des opérations d'urgence (1878), concluait en faveur de l'anesthésie pour le taxis alors qu'il la refusait pour la kélotomie.

Aujourd'hui, on devrait pouvoir se contenter de le citer, car tout le monde est d'accord pour le rejeter formellement, en quelques circonstances que ce soit. Et cependant, nous avons vu bien souvent (au moins une vingtaine de nos observations), des malades qui avaient subi de telles manœuvres, plus ou moins prolongées, plus ou moins énergiques. Nous avons le souvenir d'une de ces malades où la rougeur de la peau consécutive à ces essais infructueux pouvaient faire discuter le diagnostic de phlegmon herniaire. Il faut avouer cependant que jamais nous n'avons observé de réduction en masse ou de perforation dues sans conteste possible au taxis, mais il n'en reste pas moins vrai que celui-ci ne peut qu'aggraver les lésions de

l'intestin. Aussi, dès que l'on a constaté l'irréductibilité de la hernie, il faut intervenir. Cette intervention est d'ailleurs acceptée sans discussion actuellement par les malades qui connaissent la gravité des étranglements herniaires.

Nous étudierons successivement trois questions :

- le choix de l'anesthésie,
 - le choix de la voie d'abord,
 - le choix de l'intervention.
-

I. — L'ANESTHÉSIE

L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

L'anesthésie générale est peu employée et toujours réservée aux sujets jeunes, surtout dans les cas où il semble possible, a priori, de faire une simple kélotomie ; mais nous savons combien il est imprudent de faire une telle hypothèse avant d'avoir pu examiner l'intestin. Pour notre part, il nous semble que l'anesthésie générale a au moins un danger : celui de permettre dans quelques cas la réduction spontanée de l'anse, grâce au relâchement musculaire, et nous verrons les inconvénients de la réduction dans l'abdomen d'une anse peut-être sphacélée.

D'autre part, la motricité intestinale est abolie au cours de l'anesthésie générale et c'est supprimer de cette façon un des éléments d'appréciation de la vitalité de l'anse incarceration.

L'ANESTHÉSIE RACHIDIENNE

L'anesthésie rachidienne, pour être moins génératrice classiquement d'accidents pulmonaires chez les sujets âgés — c'est le cas le plus souvent — n'en a

pas moins ses dangers. Un de nos malades, 53 ans, obèse, est mort au début de l'intervention d'accidents asphyxiques et syncopaux (Obs. n° 96). Enfin, elle a le même inconvénient que l'anesthésie générale : la réduction spontanée possible dans l'abdomen.

Pierre Duval, en 1927, dans un rapport à la Société de Chirurgie, la condamne formellement pour deux raisons :

— danger de réduction et possibilité de ce fait du refus de l'intervention par le malade qui, sa hernie étant réduite, s'estime guéri ;

— l'anesthésie locale permet l'opération complète et s'affirme la méthode de choix.

C'est également l'opinion de Beller et Colp.

Certains continuent à l'employer cependant, pensant qu'il est plus facile de faire sous rachi-anesthésie une intervention longue et délicate, telle qu'une résection intestinale, avec entéro-anastomose immédiate.

L'ANESTHÉSIE LOCALE

L'anesthésie locale reste et de beaucoup la plus employée. Elle n'est nullement toxique, ne vient sûrement pas accroître la mortalité de l'intervention ; cependant, bien faite, elle permet de faire toutes les interventions jusques et y compris l'entérectomie. C'est l'anesthésie de choix.

II. — LA VOIE D'ABORD

Si presque tous les auteurs sont d'accord pour le choix de l'anesthésie, la voie d'abord a été, elle, très discutée. Il existe deux façons de faire : l'incision sur la hernie elle-même, l'incision inguinale.

A. — L'INCISION SUR LA HERNIE ELLE-MÊME

La plus couramment employée est l'incision verticale, inguino-crurale. D'autres chirurgiens préfèrent inciser parallèlement à l'arcade crurale, mais toujours sur la hernie.

Ces deux incisions conduisent directement sur le sac, qu'on dégage ainsi de proche en proche, permettant d'ouvrir celui-ci, sans risquer de contaminer la grande cavité péritonéale. Elles ont par contre des inconvénients :

1° L'abord du sac est souvent difficile, on est obligé d'effondrer successivement plusieurs feuillets. Il existe fréquemment un kyste pré-herniaire qu'on ouvre d'abord, il faut ensuite chercher le sac. Il peut même être dangereux : si dans la plupart des cas, une lame de liquide séreux ou séro-sanglant protège l'intestin, dans quelques cas de hernies dites sèches, l'intestin

peut être blessé lorsqu'on cherche à ouvrir le sac. Hamilton Bailey considère à juste titre qu'on peut par cette voie blesser plus souvent la vessie. Il insiste ainsi que Beller et Colp sur le danger que représente dans cette voie d'abord une artère obturatrice anormale.

2° Si l'on est amené à faire une résection en attirant l'anse par l'anneau crural, on peut être gêné considérablement pour extérioriser une longueur suffisante d'intestin, et même il peut être absolument impossible de faire la résection par cette voie seule. Or, elle est difficile à agrandir — quoiqu'on puisse gagner un peu en incisant l'arcade crurale et la partie inférieure du grand oblique — et l'on peut être amené alors à passer par voie médiane, donc deuxième incision, prolongation de l'intervention et choc supplémentaire infligé à un malade déjà très affaibli par la stercorémie.

3° Par cette voie, la cure radicale de la hernie est à notre avis moins sûre que le procédé de Ruggi employé lorsqu'on passe par voie inguinale.

B. — L'INCISION INGUINALE

Elle peut être utilisée de deux façons :

1° L'incision inguinale faite, on récline la lèvre inférieure de la plaie et l'on aborde le sac par voie crurale. C'est encore par voie crurale qu'on ouvre le sac, qu'on débride, qu'on traite l'intestin. Mais c'est ensuite par voie inguinale, en incisant les fibres du grand oblique, qu'on pratique la cure radicale de la hernie.

Dans ce procédé mixte, l'inconvénient n° 3 que nous signalions plus haut, est supprimé, mais les premiers persistent.

2° Nous préférons passer entièrement par voie inguinale. On peut ainsi attirer plus facilement l'intestin hors de la plaie pour pratiquer une résection étendue. Si l'incision ne suffisait pas, on pourrait à la rigueur l'agrandir suffisamment en haut. Le seul inconvénient, c'est alors la possibilité de blessure de l'épigastrique.

Cette voie a encore d'autres avantages :

L'anse est tout de suite repérée et ne risque pas de filer lors du débridement de l'anneau, comme cela peut se faire lorsqu'on passe par voie crurale.

De plus, on évite ainsi les feuillets souvent multiples du sac crural que le bistouri clive péniblement ou qu'il traverse dangereusement.

Le sac peut être reséqué très facilement contrairement à ce que l'on pourrait croire, le clivage se fait tout seul et sans hémorragie aucune. On n'a pas à craindre la constitution d'un hématome dans l'infundibulum crural, bien que l'on ne puisse y mettre de ligature par cette voie : il n'y a pas à en mettre.

Un reproche peut être fait à cette voie : c'est le danger de contamination de la grande cavité péritonéale : ou lorsque l'anse est perforée, ou simplement, par le liquide septique contenu dans le sac. Il est facile de protéger la grande cavité par une barrière de compresses abdominales. Nous n'avons jamais observé d'accidents, grâce à cette précaution nécessaire et suffisante.

III. — L'INTERVENTION

Quel doit être le traitement employé ? Lecène et Leriche, dans leur *Thérapeutique Chirurgicale*, disaient : « Toute opération pour hernie étranglée comprend quatre temps principaux :

- 1) la découverte de l'agent d'étranglement,
- 2) la levée de cet étranglement,
- 3) le traitement des lésions viscérales déjà produites,

4) la cure opératoire de la hernie qui a causé l'étranglement. Ce dernier acte n'est qu'un complément, l'essentiel, c'est d'abord de sauver la vie du malade immédiatement menacée par la découverte de l'étranglement, sa levée, et le traitement des lésions viscérales. »

1. — LE DÉBRIDEMENT

Dans le cas particulier des hernies crurales étranglées, l'agent d'étranglement étant l'anneau crural, et plus particulièrement le ligament de Gimbernat, responsable par sa vive arête de bien des lésions intestinales accentuées, c'est ce ligament qu'il faudra sectionner. Au siècle dernier, on pratiquait le débridement au moyen de bistouris boutonnés, de forme

variable. Actuellement, que l'on débride au bistouri (ordinaire), ou aux ciseaux, une seule condition doit être réalisée : c'est de débrider à vue. C'est la seule façon d'éviter de façon certaine à ce moment une blessure de l'intestin, particulièrement dangereuse sur une anse dont la vitalité est déjà plus ou moins compromise. Il nous a semblé que ce débridement à vue était plus facile et plus sûr en passant par voie inguinale (Obs. 74).

Le débridement par section verticale de l'arcade crurale n'est évidemment pas à employer lorsqu'on passe par voie inguinale. Ce n'est que si l'on emploie pour la fermeture de l'anneau crural la technique de Delagénière ou Lucas-Championnière que cette section peut être préférée à la section du ligament de Gimbernat. Il ne faut pas croire d'ailleurs qu'elle soit plus facile. Si on sectionne très aisément les fibres superficielles, les fibres profondes constituant la lèvre interne de la gouttière que forme l'aponévrose du grand oblique, sont aussi difficiles à sectionner que le ligament de Gimbernat.

2. — CONDUITE A TENIR VIS-A-VIS DU CONTENU DE LA HERNIE

Elle varie forcément selon qu'il s'agit d'intestin ou d'un autre organe.

Il n'y a que des avantages à réséquer un fragment d'épiploon plus ou moins infarci. C'est une interven-

tion absolument sans danger et qui évite tout risque de nécrose ultérieure.

De même, la présence de l'appendice (Obs. 5 et 6) doit entraîner systématiquement l'appendicectomie. Celle-ci doit être pratiquée avec des précautions d'asepsie extrême pour éviter toute suppuration pariétale et toute élimination des fils non résorbables utilisés pour fermer l'anneau crural.

On rencontre plus rarement la trompe ou un diverticule de Meckel, qu'il faudrait également réséquer.

En pratique, il s'agit d'une anse intestinale. Il faut se baser sur un examen attentif de cette anse et savoir conclure à la viabilité ou non de celle-ci. Il faut donc voir cette anse ; il ne faut pas conclure lorsque celle-ci s'est réduite spontanément au début de l'intervention ou simplement après anesthésie générale ou rachidienne, qu'il s'agissait d'une anse saine. Il ne faut pas laisser « filer » cette anse dans l'abdomen, lorsqu'on lève l'agent d'étranglement. Il faut à tout prix examiner son aspect. Dans deux de nos observations (n^{os} 75 et 76), la mort est survenue au milieu de signes de péritonite. Donc, si l'on ne trouve pas l'anse, si elle file au moment du débridement, il faut la retrouver en s'aidant d'écarteurs, en inclinant la table et ne pas se contenter d'une « pêche » aveugle et hasardeuse. Si l'on ne peut arriver à retrouver l'anse, il faut, surtout si le sac contenait un liquide séro-hématique, pratiquer une laparotomie médiane sous-ombilicale immédiate pour la découvrir.

L'emploi de l'anesthésie locale, l'incision inguinale

réduisent au minimum les risques de réintégration spontanée de l'anse.

A. — Dans les cas les plus favorables.

Il n'existe aucune altération des parois de l'anse. Il s'agit alors d'un étranglement récent et peu serré. Ces anses saines doivent être de toute évidence réintégrées dans l'abdomen.

B. — Bien plus intéressants sont les cas où il existe des lésions plus ou moins marquées de l'anse incarcérée.

C'est là qu'il importe de pratiquer un examen minutieux et prolongé de l'anse et surtout du sillon d'étranglement, sans oublier le mésentère. S'il est des cas où l'anse revient entièrement, rapidement et facilement : elle perd sa coloration noirâtre, devient plus rouge, et se contracte franchement, et d'autres, où d'emblée l'aspect dépoli, flasque, inerte, la couleur feuille morte ou verdâtre, les parois amincies, permettent d'affirmer la nécrose, il en est d'autres, où l'on n'ose conclure ; dans l'ensemble, sous l'action du sérum chaud, il semble y avoir une amélioration, mais elle n'est pas franche, totale, et l'on hésite sur la conduite à tenir. L'expérience personnelle du chirurgien joue ici un grand rôle. Les uns, estimant que la résection présente une mortalité trop élevée, ou que l'extériorisation ne donne que des résultats trop incertains, préfèrent s'en remettre à la nature avec une confiance que nous estimons quelque peu exagérée, et réintè-

grent cet intestin d'aspect pourtant inquiétant. Les autres, plutôt que de pratiquer une résection étendue pour des lésions d'apparence localisées, préfèrent s'adresser à ce que l'on pourrait appeler les « petits moyens ».

Nous allons tout d'abord étudier les diverses techniques qui ont été proposées pour traiter ces anses qui présentent des lésions certaines, selon qu'elles sont localisées ou au contraire étendues, et les anses douteuses. Nous décrirons ensuite quelle est à notre avis la conduite à tenir.

I. — LÉSIONS LIMITÉES

a) *Perforation*

On a proposé et pratiqué assez souvent la simple suture de cette perforation : simple suture ou bourse si la perforation est punctiforme, suture dans le sens perpendiculaire à l'axe de l'intestin, dans le cas de perforation un peu plus étendue avec un plan séro-séreux supplémentaire.

b) *Sphacèle limité*

Dans les cas de plaques de sphacèle peu étendues, Chaput avait proposé l'excision losangique de la partie sphacélée, suivie de suture dans le sens transversal pour éviter le rétrécissement.

Bien plus souvent, on a pratiqué l'enfouissement de la plaque de sphacèle en un ou deux plans de suture

à la Lembert, toujours pratiqué dans le sens transversal pour éviter le rétrécissement. C'est là une technique qui a été et est encore très employée. Lecène et Leriche, dans leur traité de Thérapeutique Chirurgicale, Gosset et Petit-Dutaillis, dans leur article du Précis de Pathologie Chirurgicale, considéraient cette méthode comme suffisante.

Chatain, par contre, la rejette, comme l'excision losangique ou la suture simple d'une perforation et note dans les observations d'enfouissement trente à quarante pour cent de mortalité.

Dans cinq de nos observations (70 à 74), l'enfouissement d'un sillon d'étranglement, ou d'un point particulièrement suspect fut pratiqué. 4 sur 5 de ces malades sont morts.

Ces résultats suffisent à nous faire rejeter formellement toute intervention limitée. Il ne faut pas oublier ce que nous avons déjà signalé dans le chapitre d'anatomie pathologique :

— les lésions sont toujours beaucoup plus importantes au niveau des couches profondes de l'anse qu'au niveau de la séreuse. Une lésion d'apparence minime est toujours beaucoup plus étendue qu'elle ne paraît,

— et surtout à des lésions apparentes en un point correspondent d'autres lésions absolument cachées et remontant haut au-dessus de la partie étranglée.

c) Lorsqu'il s'agit d'une gangrène circulaire, on a proposé l'*invagination*, selon la technique de Guinard

qui, au Congrès de Chirurgie de 1895, présentait 12 observations d'invagination totale de l'anse étranglée avec deux morts seulement. « Pour ma part, je ne recourrai plus à ce procédé qui peut paraître simple, mais qui est dangereux » (Lécène et Leriche).

Ce procédé, en effet, qui compte sur l'élimination spontanée de l'anse par les voies naturelles, présente au moins un grand danger : l'occlusion persiste tant que le boudin invaginé n'est pas éliminé. Il nous semble inutile d'insister sur ce point aujourd'hui où l'on connaît bien les dangers de l'invagination intestinale et cela nous paraît trop vouloir tomber de Charybde en Scylla.

II. — LES LÉSIONS ÉTENDUES

Dans les cas de sphacèle étendu de l'anse, plusieurs méthodes, là encore, ont été proposées :

1° La méthode idéale est l'*entérectomie* suivie d'*entérorraphie immédiate*.

C'est l'intervention parfaite qui enlève la partie sphacélée et infectée, rétablit le transit intestinal, permet la cure radicale de la hernie dans le même temps et supprime toute intervention secondaire. Elle est évidemment grevée d'une assez forte mortalité et c'est ce qui la fait rejeter par de nombreux auteurs. C'est cependant encore, à notre avis, la meilleure méthode, nous dirons pourquoi un peu plus loin.

Comment rétablir la continuité après entérectomie ?

Trois façons de procéder :

— *L'entérorraphie circulaire* est le procédé idéal. Elle est rapide à exécuter, mais doit être faite avec une grande minutie pour éviter toute sténose.

— Delore et Thévenet préfèrent aux sutures l'emploi du *bouton de Murphy* : « Un chirurgien expérimenté peut terminer l'intervention en vingt à vingt-cinq minutes ». Lecène et Leriche rejettent le bouton de Murphy en lui reprochant de donner de temps à autre des occlusions secondaires. Il nous semble personnellement que la suture est plus sûre ; si elle est incontestablement un peu plus longue, cet inconvénient est relativement minime si l'on opère sous anesthésie locale et avec toute la douceur nécessaire.

— *L'entérorraphie latéro-latérale* est plus facile à réaliser, car la bouche peut être faite suffisamment large pour éviter la sténose secondaire. C'est la technique recommandée par Terrier et A. Gosset en 1900, mais elle est incontestablement beaucoup plus longue à exécuter, car il faut d'abord fermer les deux bouts et pratiquer ensuite l'anastomose latéro-latérale. Classiquement, elle se fait iso-péristaltique, ceci présente un inconvénient certain : c'est que les deux parties du mésentère se croisent en paletot, rendent quelquefois de ce fait l'anastomose un peu délicate, et nécessitent deux lignes de sutures sur le mésentère pour éviter tout recessus dans lequel une anse pourrait venir se coincer et réaliser une occlusion secondaire.

Notre maître, le Dr Jean Gosset, utilise l'anastomose latéro-latérale, mais anti-péristaltique, ce qui n'entraîne aucun inconvénient, son expérience le lui a

suffisamment prouvé. Il procède de la façon suivante : fermeture des bouts, anastomose latéro-latérale, anti-péristaltique, toujours facile à réaliser, car on n'est aucunement gêné par le mésentère ; elle peut se faire strictement sur le bord périphérique de l'intestin, ce qui est très difficile à réaliser si l'on fait une anastomose iso-péristaltique. L'anastomose faite, il accole en aval de l'anastomose les deux bouts sectionnés, ce qui appuie l'un contre l'autre les deux points fragiles représentés par la fermeture des deux bouts. Il lui a semblé qu'ainsi les sutures « travaillaient » beaucoup moins et que la désunion était moins à craindre. Enfin, la fermeture du mésentère est grandement facilitée.

2° La simple *extériorisation de l'anse* a encore bien des adeptes. C'est évidemment une intervention facile et peu choquante. Lorsque la ou les plaques de sphacèle tombent, il se produit un anus contre nature qu'on fermera secondairement.

Dans ces cas, il faut fixer l'anse au collet du sac pour éviter que l'anse sphacélée ne se réduise dans l'abdomen, ce qui serait catastrophique. Cette réduction spontanée peut se produire après la fistulisation de l'anse, car celle-ci réduit considérablement son volume. Pour certains, on pourrait se contenter de passer un fil à travers le mésentère. A notre avis, il vaut mieux suturer très soigneusement l'intestin pour éviter non seulement sa réintégration, mais aussi tout passage de liquide septique.

On peut faire à cette méthode de nombreux reproches :

— elle nécessite une opération itérative pour fermer l'anus contre nature qui s'est établi ;

— elle laisse en place l'anse malade qui continue à sécréter des produits toxiques réabsorbés par l'intestin ;

— c'est parfois une intervention insuffisante, car si l'on ne lève pas l'agent d'étranglement, l'occlusion peut persister malgré la fistulisation.

Delore et Thevenet, dans leur article, condamnent formellement ce procédé. « Il ne peut être considéré que comme un pis aller exigé par l'état du malade ou l'insuffisance des ressources chirurgicales dont on dispose. » Lecène et Leriche emploient des termes analogues : « C'est un procédé de fortune auquel on ne peut recourir que si on ne peut pas faire autrement ». Ils insistent sur le fait que « L'opération secondaire de l'anus contre nature n'est pas toujours facile ou sans danger, et j'ai vu plusieurs fois des malades qui avaient eu la chance de guérir après la simple exposition au dehors d'une anse intestinale sphacélée, succomber lors de la seconde opération qui avait pour but de supprimer l'anus contre nature ». Et ils concluent : « Le procédé de l'exposition pure et simple dans la plaie de l'anse intestinale malade est donc une méthode aléatoire, un pis aller qui ne peut vivre que des contre-indications formelles de l'entérectomie ». Gosset et Petit-Dutaillis, Masmonteil expriment des opinions analogues.

3° On a aussi proposé l'établissement immédiat par le chirurgien de *l'anus contre nature*, ce qui élimine

d'emblée les produits toxiques contenus dans l'intestin et paré aux dangers de l'occlusion. Mais il n'est peut-être pas sans danger d'ouvrir immédiatement l'intestin, alors que les adhérences ou la suture faite par le chirurgien ne ferment peut-être pas hermétiquement la cavité péritonéale.

4° *Helperich* a proposé d'améliorer l'extériorisation par une entéro-anastomose au pied de l'anse, tandis que *Noguchi* pratique cette même anastomose, mais par voie médiane. C'est cette technique d'extériorisation avec anastomose que *Chatain* a préconisé dans sa thèse en 1938. Il y voit comme avantage l'absence de choc, la rapidité de l'élimination par l'anus stercoral des produits toxiques de l'intestin occlus, tandis que l'anastomose réalise un traitement préventif de l'anus contre nature. Ce procédé permet quelquefois la guérison spontanée de la fistule intestinale ou au moins simplifie la cure de celle-ci. Il reconnaît toutefois que si l'anastomose fonctionne mal et si l'anse extériorisée est une anse haute, on peut observer des troubles graves de dénutrition nécessitant une réintervention précoce. *Lecène* lui reproche, comme à la simple extériorisation, de laisser en place l'anse sphacélée et déclare : « Sauf exception dans certains cas de hernie crurale étranglée, par exemple, je ne vois pas que cette méthode soit bien avantageuse, l'opération est presque aussi longue qu'une résection intestinale, et si le malade peut la supporter, il supporterait aussi une entérectomie qui est infiniment plus satisfaisante ».

5° Nous citerons pour mémoire, le procédé indiqué par Bouilly : entérectomie suivie de suture partielle de l'intestin qu'il laisse ainsi en partie ouvert à la peau.

III. — LES ANSES DOUTEUSES

Ici encore on a proposé :

— *l'entérectomie avec anastomose immédiate* que certains trouvent trop dangereuse pour un malade qui, peut-être, ne demande qu'à guérir spontanément ,

— *l'extériorisation simple* ;

— *l'extériorisation avec entéro-anastomose au pied de l'anse*, ce qui pour Chatain, en diminuant la tension à l'intérieur de l'anse extériorisée, réduit au minimum les risques de fistulisation.

Dans ces deux derniers cas, si l'intestin reprend, on pourra rentrer ou laisser rentrer l'anse. Il n'y aura plus à pratiquer secondairement que la cure radicale de la hernie.

Pour notre part, nous pensons que ce terme d'anse douteuse doit disparaître. Un chirurgien doit pouvoir distinguer une anse dont la vitalité est suffisante, d'une anse vouée au sphacèle. Pour cela, il faut évidemment une certaine expérience et beaucoup de patience ; il faut savoir observer certains caractères.

Une anse dont la vitalité est suffisante revient sous le sérum chaud, c'est-à-dire qu'elle perd sa coloration noirâtre, elle présente des contractions, ses parois sont épaissies sous le doigt. Le mésentère n'est pas largement déchiré, les vaisseaux battent (on peut les sentir

aisément si le méso n'est pas trop épaissi par la graisse).

Si malgré une attente prolongée, rien n'est obtenu un autre procédé doit être employé : c'est l'injection dans le méso de quelques cc. de novocaïne à 1 pour 200. Dans les cas favorables, on voit rapidement se réveiller les contractions péristaltiques et la couleur passer du noir au rouge foncé.

Souvent sans doute, on observe une amélioration, mais malgré tout, on n'est pas satisfait. Dans ces cas, après une attente prolongée, après une infiltration de novocaïne dans le méso,

si les contractions semblent respecter une partie de l'anse,

si un segment limité (le plus souvent au collet) reste nettement aminci par rapport aux autres segments,

si la teinte persiste noire, dépolie, sur quelques centimètres carrés,

ou si, malgré un méso maigre, on ne sent pas battre les vaisseaux en regard de l'anse suspecte,

il ne faut plus dire anse douteuse, mais anse à vitalité insuffisante, anse condamnée au sphacèle.

Nous reconnaissons que malgré une expérience importante, malgré un examen attentif, il est des cas où l'on hésite encore sur la conduite à tenir. « Une anse douteuse, dit Chatain, est une anse plus malade qu'on ne le croit et, en conséquence, il faut la traiter comme telle ». C'est à cela qu'il faut alors penser et traiter cette anse dite douteuse comme une anse malade, car elle l'est.

Ainsi, nous voyons que le traitement ne doit pas différer dans l'un ou l'autre cas.

Quelle est donc, parmi les méthodes que nous avons exposées, celle que l'on doit adopter ?

Notre opinion est formelle : c'est l'entérectomie large avec entéro-anastomose circulaire immédiate.

En effet, nous avons vu que c'était l'intervention idéale qui permet dans le même temps opératoire de traiter l'étranglement et la hernie, levant l'occlusion, rétablissant la continuité intestinale après avoir enlevé l'anse sphacélée et infectée.

L'entérectomie a contre elle un argument important : c'est sa gravité immédiate qui est incontestable. Cependant, les statistiques importantes d'Ackermann, de Hesse sont nettement en faveur de la résection, malgré une mortalité élevée : 42,3 % pour le premier, 44,3 % pour le second. En effet, les anus contre nature ont donné, eux, 65,5 % et 71,3 % de mortalité. Delore et Thévenet, sur une série beaucoup plus réduite, n'ont qu'une mortalité de 13,8 % (29 entérectomies avec 4 décès), Bardet 20 %. Dans les observations que nous rapportons plus loin, sur 15 résections, il y a 5 décès, c'est-à-dire une mortalité de 33 %. Il est vrai que Garry publie, lui, une série de 10 anus avec une seule mort, mais nous croyons qu'il ne faut peut-être pas attacher d'importance aux statistiques, car elles sont difficilement comparables.

Chatain, dans sa thèse, a publié un véritable réquisitoire contre l'entérectomie. Reprenons ses arguments :

1) Le malade âgé, stercorémique, ne peut pas supporter bien souvent le choc de la résection. Sans doute, celle-ci est choquante, mais la thérapeutique contre le choc a fait de grands progrès au cours de ces dernières années et nous croyons que celui-ci n'est pas tel pour une résection qu'il ne puisse, dans bon nombre de cas, être surmonté par une thérapeutique énergique sur laquelle nous insisterons plus loin.

2) La résection n'est pas toujours tellement simple. En fait, en passant par voie inguinale, en faisant une résection suffisamment large pour faire les sutures en tissu sain, nous ne voyons pas pourquoi elle serait particulièrement délicate.

3) Le malade, du fait du rétablissement immédiat de la continuité, continue à résorber les toxines de leur contenu intestinal. Actuellement, l'aspiration dœdénale continue permet d'éviter cet inconvénient.

4) On ne sait jamais si l'on se trouve en tissu sain. En réséquant 25 à 30 centimètres d'intestin, en examinant minutieusement celui-ci, et aussi son mésentère, il nous semble qu'on peut arriver à une certitude.

5) La diffusion des lésions d'infarctus ou d'entérite aiguë est possible après la résection. — Elle n'est possible que si l'on n'a pas été assez large dans la résection.

6) Danger d'infection de la suture. — Ici encore, l'aspiration continue est utile, l'emploi de 1162 F également.

7) L'incongruence des deux bouts peut créer des difficultés qui allongent l'intervention. En réalité, ce

n'est qu'un inconvénient minime si l'on opère à la locale.

8) On a publié de nombreux cas de désunion des sutures, qui ont amené la mort. Parmi les deux observations que cite Chatain, nous relevons celle de Resillot qui a reséqué 7 à 8 centimètres et croit avoir reséqué en tissus sains, celle de Godard et Palios qui ont reséqué 10 centimètres. C'est là, comme dans beaucoup d'autres cas sans doute, la cause de la désunion : la résection n'a pas été assez étendue.

Ainsi, nous voyons qu'aucun de ces arguments contre la résection ne peut être très sérieusement invoqué à l'heure actuelle. Nous avons suffisamment insisté au cours de ce chapitre sur les inconvénients des autres méthodes pour n'y plus revenir. L'entérectomie suivie d'anastomose immédiate par suture termino-terminale nous semble le procédé de choix.

LE PHLEGMON PYO-STERCORAL

Doit être mis à part. Il s'agit alors d'un malade arrivé au dernier stade de l'affection, presque d'un mourant. Ce n'est évidemment pas sur un tel malade aux tissus infectés, qu'on peut pratiquer une entérectomie, bien que Bardet pense qu'on puisse encore le faire si le malade n'est pas trop intoxiqué.

Il faut faire ici le minimum : l'incision directe du phlegmon pyo-stercoral. On a proposé de compléter par une anastomose au pied de l'anse. Chatain pense qu'il est bon d'attendre quelques jours avant de la pratiquer et nous nous rangeons à son avis.

TECHNIQUE

Incision inguinale parallèle à l'arcade crurale, longue de 8 à 10 centimètres, à environ deux travers de doigt au-dessus de l'arcade. Après avoir traversé le tissu cellulaire sous-cutané, on incise l'aponévrose du grand oblique parallèlement à ses fibres.

En commençant à la partie interne de l'incision, on sépare le petit oblique et le transversé de l'arcade ; on récline avec eux le cordon chez l'homme, le ligament rond chez la femme. On effondre ensuite le fascia transversalis. On arrive ainsi dans le tissu graisseux de l'espace de Bogros. On repère par ses battements l'artère fémorale ; très souvent, on peut déjà repérer le collet du sac de la hernie. On cherche et on récline en haut et en dehors les vaisseaux épigastriques.

Il faut aller maintenant à la recherche du péritoine recherche parfois un peu délicate chez une femme obèse, où il faut traverser un épais feutrage adipeux avant de le rencontrer sous forme d'une membrane blanchâtre. C'est à ce moment aussi que l'on pourrait risquer de blesser la vessie si l'on cherche le péritoine trop en dedans. Il faut aller à sa recherche immédia-

tement en dedans des vaisseaux fémoraux, au-dessus du collet de la hernie quand on a pu le repérer ; on le plisse entre une pince de Kocher et une pince à disséquer et on l'incise doucement.

Le péritoine ouvert, on place des écarteurs et l'on voit immédiatement les bouts efférent et afférent de l'anse qui s'engagent dans l'anneau crural. On protège la grande cavité abdominale par des compresses et en gardant l'un des bouts efférent ou afférent sous la main gauche pour éviter à l'anse de filer, on débride sous le contrôle de la vue en incisant le bord externe du ligament de Gimbernat. A ce moment, l'anse vient toute seule et le liquide contenu dans le sac s'écoule. On l'éponge rapidement avec des compresses. On attire l'anse hors de la plaie.

1) L'anse herniée peut être saine ou simplement congestive, ne présentant évidemment pas de lésion grave, on réintègre alors l'anse dans l'abdomen et l'on termine par la cure radicale de la hernie :

L'index gauche introduit dans le sac en s'aidant au besoin d'une compresse pour décoller le collet de l'arcade, ramène très aisément celui-ci avec le lipome ou le kyste pré-herniaire dans la plaie inguinale. Nous avons toujours été très frappés et même la première fois que nous l'avons pratiquée, franchement étonnés de la facilité avec laquelle s'accomplit cette manœuvre. Il est incontestable qu'ainsi le sac se dissèque beaucoup plus rapidement que lorsqu'on passe par voie crurale où le plan de clivage ne se trouve pas toujours du premier coup.

Le sac extériorisé, on place une ligature appuyée au catgut n° 2 à sa base et on le résèque.

Il ne reste plus maintenant qu'à fermer l'anneau crural. Pour cela, on découvre le ligament de Cooper, ligament puissant et nacré qui double la branche horizontale du pubis. On place un écarteur de Farabeuf en dehors pour protéger les vaisseaux fémoraux. C'est l'opérateur lui-même qui tient cet écarteur. L'aide tient un autre écarteur, ou mieux une petite valve qui récline en haut et en dedans, petit oblique et transverse, cordon ou ligament rond, et péritoine, ce qui dégage complètement l'abord du ligament de Cooper.

L'aiguille de Reverdin charge alors l'arcade crurale immédiatement en dedans des vaisseaux fémoraux, puis le ligament de Cooper. L'aiguille doit passer là au ras de l'os pour obtenir un point d'appui très solide. On passe ainsi deux ou trois fils non résorbables, on repère chaque point avec une pince. Le chirurgien reprend ensuite ces points en chargeant le tendon conjoint avec l'aiguille de Reverdin, en allant de la superficie à la profondeur. Dujarier recommande de passer ces fils dans la face antérieure à environ 1 centimètre du bord inférieur ; celui-ci viendra former, lorsqu'on serrera ces fils, un solide bourrelet en arrière du ligament de Cooper. Il faut ici que l'aide passe bien le chef qui convient, c'est-à-dire le postérieur, et ne torde pas les fils. Si l'on utilise de la soie ou du lin, c'est le chef blanc, non encore souillé de sang, qu'il doit passer au chirurgien. Il peut être utile de passer un point en dehors pour réunir arcade crurale et con-

joint si l'on a poussé la séparation de ceux-ci un peu loin en dehors.

Il ne reste plus qu'à serrer les fils. Auparavant il est bon de saupoudrer la plaie de 1162 F, surtout si le sac contenait beaucoup de liquide. Il est plus aisé de serrer d'abord le fil interne, le fil externe se nouera ensuite plus facilement. On voit alors le tendon conjoint s'abaisser progressivement jusqu'au ligament de Cooper et oblitérer solidement l'anneau crural. On reconstitue par des fils résorbables (Catgut 2), l'aponévrose du grand oblique, la peau est fermée par des lins ou des agrafes.

2) Si l'anse n'est pas viable, on pratique une résection intestinale. Il faut dépasser largement les lésions en amont. Nous y insistons à nouveau, il est nécessaire de réséquer 25 à 30 centimètres d'intestin en moyenne, ne pas hésiter à en réséquer davantage, si l'on avait quelque doute. Nous ne croyons pas que le fait d'étendre de quelques centimètres la résection aggrave beaucoup le choc, alors qu'une économie trop mesquine pourrait amener la désunion des sutures.

Nous n'insisterons pas sur cette technique : la suture termino-terminale sera faite selon le procédé de Toupet, pour bien faire le bord mésentérique, en deux plans ou même trois.

Faite avec soin, en tissu sain, par un chirurgien expérimenté, cette suture tiendra.

On terminera par la résection du sac et la cure radicale comme dans l'autre cas.

SOINS POST-OPÉRATOIRES

Les soins post-opératoires ont dans le traitement des hernies crurales étranglées une importance capitale, comme dans toute occlusion intestinale. Ces dernières années, de nombreux travaux ont fait faire de grands progrès à cette question.

1° *L'aspiration duodénale continue* selon la méthode de Wangensteen, vulgarisée en France par les travaux de Brocq, Iselin et Eudel, doit être employée systématiquement dans tous les cas où il existe des signes d'occlusion ou lorsque l'on a été amené à pratiquer une résection intestinale. Il est bon de placer la sonde nasale avant l'intervention, pendant que l'on prépare celle-ci, et de mettre en route l'aspiration aussitôt que le malade est ramené dans son lit. Dans les cas où le météorisme abdominal est très important, on aura même tout avantage à commencer l'aspiration avant d'intervenir pour opérer sur un ventre plat et n'être pas gêné par la distension des anses grêles.

L'aspiration sera maintenue deux, trois ou quatre jours selon les malades, on la cessera lorsque l'abdomen aura repris son volume normal, lorsque l'aspira-

tion ne ramène plus rien ou presque. Il peut être bon, avant de l'enlever, de la suspendre sans ôter l'appareillage pour pouvoir la reprendre aussitôt si l'on observe à nouveau des signes d'occlusion.

Lorsqu'une résection a été pratiquée, l'aspiration continue en dehors de son action sur l'occlusion elle-même, a en outre l'avantage d'éviter la distension de la suture.

Elle permet aux opérés de bénéficier des avantages que pouvait donner autrefois l'anus contre nature ou l'iléostomie, sans présenter leurs graves inconvénients.

2° *La rechloruration* préconisée par Hadden et Orr, par A. Gosset, Léon Binet et D. Petit-Dutaillis, doit toujours être employée. On utilise maintenant de préférence la solution de NaCl à 10 %, dont on injectera quotidiennement 80 cc. intra-veineux. Elle est indispensable pour combattre l'hypochlorémie dont tous les auteurs sont unanimes à souligner l'importance.

3° *La réhydratation*, sous forme de sérum physiologique, sous-cutané, est indispensable à associer à la rechloruration. En effet Lambret et Driessens ont insisté récemment sur le fait que toute occlusion intestinale s'accompagnait d'une exhémie plasmatique importante qui serait pour eux à l'origine de l'hypochlorémie. Cette exhémie plasmatique serait pour eux le résultat du traumatisme tissulaire réalisé par l'occlusion. Il est indispensable de rétablir la masse sanguine circulante et pour cela, des doses importantes de sérum doivent être administrées. Les doses habi-

tuelles de 500 à 1.000 cc. sont à notre avis nettement insuffisantes et notre maître le Docteur Jean Gosset nous a appris à donner à ces malades 2, 3 ou même 4 litres de sérum par jour. Soupault, dans un article récent, préconise également des doses de 2 litres et demi à 3 litres, pendant 1 à 6 jours environ. Il préfère la voie intra-veineuse, à la température du corps, à la vitesse de 250 à 300 cc. par heure. Il préconise l'adjonction de potassium et de calcium.

4° *La médication anti-choc* s'impose si l'on admet l'assimilation de l'occlusion à un foyer de contusion pour lutter contre les phénomènes de collapsus périphérique. Le camphre, la coramine, la cortine, trouveront ici leurs indications.

5° Enfin, il ne faut pas oublier qu'il s'agit fréquemment de vieillards au cœur fatigué, et l'indication de la digitaline est fréquente. Il faudra surveiller très attentivement ces malades au point de vue cardiaque et pulmonaire.

OBSERVATIONS

I. — ANSES SAINES (sans modification aucune), 4 cas.

1. — M. Th..., 1897, entré le 20-9-37, pour h. c. g. étranglée depuis 20 heures. Incision verticale. Anse saine et épiloon. Cure radicale. Sort le 7-10-37.

2. — Mme Kl..., 27 ans, entrée le 24-3-38, pour h.c.g. étranglée depuis 6 heures. Novo. Incision sagittale. Anse saine. Cure radicale. Sort le 9-4-38.

3. — Mlle Ba..., 1861, entre le 19-12-38, pour h.c.d. étranglée depuis deux jours. Novo. Anse saine. Cure radicale. Sort le 8-1-39.

4. — Mme D..., 40 ans, entrée le 17-10-40, pour h.c.d. étranglée depuis la veille. Ether. Incision parallèle à l'arcade. Anse saine. Cure radicale. Sort le 3-11-40.

Guérison 100 %.

II. — APPENDICE DANS LE SAC HERNIAIRE — 2 observations.

5. — Mme Cu..., 67 ans, entrée le 26-6-41, h. c. d. étranglée depuis 10 heures. Voie inguinale. Appendice étranglé et violacé. Appendicectomie.

6. — Mme La..., 1888, entrée le 26-11-41, pour h.c.d. étranglée depuis 4 heures. Novocaïne + éther. Incision inguinale qu'on agrandit vers le haut. Appendice et petit paquet épiploïque dans le sac. Appendicectomie. Cure radicale. Sort le 3-12-41.

III. — EPILOCÈLES OU FRANGES SIGMOIDIENNES : 18 observations.

7. — Mme Si..., entrée le 21-3-35, pour h. c. d. étranglée (récidive). Incision inguinale. Epiploon. Cure radicale. Sort le 5-4-35.

8. — Mme Fi..., 57 ans, entre le 26-6-41 pour h. c. g. étranglée depuis 36 heures. Voie inguinale. Epiploon infarci. Anse saine. Cure radicale.

9. — Mme Bl..., 53 ans, entrée le 18-10-39, pour h. c. étranglée. Novo. Incision verticale. Epilocèle. Cure radicale.

10. — Mme Vo..., 70 ans, rentre le 2-4-37, pour h.c.g. étranglée. Novo. Incision parallèle à l'arcade. Epiploon noirâtre. Cure radicale. Sort le 21-4-37.

11. — Mme Ca..., 40 ans, entre le 7-3-41, pour h. c. g. Novo. Voie inguinale. Epiploon réséqué. Cure radicale. Sort le 19-3-41.

12. — Mme Ba..., 76 ans, entre le 17-9-37, pour h.c.g. étranglée depuis 24 heures. Voie inguinale. Epiploon, frange sigmoïde et vessie. Cure radicale.

13. — Mme Bo..., 54 ans, entre le 12-7-38, pour h. c. étranglée depuis 4 jours. Frange sigmoïde réséquée.

14. — Mme Na..., entre le 17-11-41 pour h. c. étran-

glée depuis 48 heures. Novo. Incision inguinale. Epiploon réséqué. Cure radicale. Sort le ?

15. — Mme Ch..., 1881, entre le 17-11-41, pour h.c.g. étranglée depuis huit jours. Novo. Incision inguinale. Epiploon réséqué. Cure radicale. Sort le 10-12-41.

16. — Mme Az..., entrée le 13-11-41, pour h. c. g. étranglée depuis 24 heures. Novo. Incision inguinale. Epiploon réséqué. Cure radicale. Sort le 29-11-41.

17. — Mme To..., 1896, entrée le 30-10-41, pour h. c. étranglée. Ether. Incision inguinale, prolongée par incision crurale. Epiploon réséqué. Cure radicale. Sort le 15-11-41.

18. — Mme Ha..., 48 ans, entrée le 15-12-41, h. c. g. depuis trois jours. Novo. Incision inguinale. Epiploon réséqué. Cure radicale.

19. — Mme Be..., 1894, entrée le 8-12-41, pour h.c.g. depuis huit jours. Incision inguinale. Epiploon. Cure radicale.

20. — M. De..., 1896, entre le 9-10-41, pour h. c. d. étranglée depuis 24 heures. Ether. Incision inguinale. Lipome. Cure radicale.

21. — M. Ba..., 1911, entre le 1-12-41, h. c. g. étranglée. Ether. Incision parallèle à l'arcade. Lipome. Cure radicale.

22. — Mme Fra..., 60 ans, entre le 22-6-36, pour h. c. étranglée. Novo. Incision parallèle à l'arcade. Voie crurale. Frange de sigmoïde réséquée. Cure radicale. Sort le 5-7-36.

23. — M. Via..., 69 ans, rentre le 25-6-37, h. c. d. étranglée. Novo. Epiploon sphacélé, réséqué. Cure radicale. Sort le 29-8-37.

24. — M. Ho..., 37 ans, entre le 28-5-36, pour h. c. étranglée depuis 48 heures. Ether. Incision parallèle à l'arcade. Epiploon réséqué. Cure radicale. Sort le 18-6-36.

Guérison 100 %.

IV. — ANSES VIOLACÉES RÉINTÉGRÉES : 45 observations.

25. — Mme Ma..., 70 ans, entre le 14-7-38, pour h.c.g. depuis trois jours. Novo. Anse violacée, mais de bon aspect, réintégrée. Cure radicale. Mort le 19-7-38.

26. — Mme Bo..., 88 ans, entre le 26-5-38, pour h. c. étranglée datant de 48 heures. Locale. Incision parallèle à l'arcade. Anse saine. Cure radicale. Mort le 1-6-38.

27. — Mme Ba..., 1865, entrée le 13-5-35 pour h. c. g. étranglée. Voie inguinale. Intestin suspect, revient sous le sérum. On le réintègre cependant (sic). Cure radicale. Mort le 19-5-35.

28. — Mlle Bl..., 50 ans, rentre le 20-12-40, pour h.c.d. étranglée depuis 12 heures. Novo. Epiploon + anse très noire. Anse ne revient pas franchement. Cure radicale. Sort le 9-1-41. Sténose du grêle, opérée le 9-3-41.

29. — Mme Be..., 71 ans, entre le 10-3-41 pour h.c.d. étranglée à la 24^e heure. Incision parallèle à l'arcade. Pincement latéral. Anse revient bien après sérum et novo dans le méso. Cure radicale. Sort le 27-3, tombe dans la rue Bichat. Remontée morte, embolie ?

30. — Mlle Mo..., 71 ans, entrée le 2-11-36, pour h.c.d. étranglée depuis 28 heures. Novo. Incision parallèle à l'arcade. Anse violacée, revient bien sous le sérum. Cure radicale. Mort le 21-12-36.

31. — Mme Ta..., 67 ans, entre le 25-11-40, pour h. c. étranglée à la 9^e heure. Novo. Anse très infarctée, revient sous le sérum. Cure radicale. Sort le 19-12-40.

32. — Mme De..., 76 ans, entre le 24-6-36, pour h.c.d. étranglée depuis trois jours. Novo. Incision verticale. Anse noirâtre, revient bien. Sort le 14-7-36.

33. — Mme Pr..., 86 ans, entre le 26-4-37, pour h. c. d. étranglée depuis 20 heures. Incision verticale. Anse violacée, revient bien. Cure radicale. Sort le 13-5-37.

34. — Mlle No..., 1874, entre le 2-4-38 pour h. c. g. étranglée depuis 4 jours. Ether. Anse violacée, dépéritonisée. Cure radicale. Sort le 29-5-38.

35. — Mme Go..., 1871, entre le 11-3-35, pour h. c. étranglée. Épiploon, anse aubergine. Cure radicale. Sort le 25-3-35.

36. — Mlle De..., 1887, entre le 15-4-35, pour h. c. d. étranglée. Voie crurale. Anse violacée. Cure radicale. Sort le 28-4-35.

37. — Mme Co..., 65 ans, entre le 19-12-35, pour h. c. d. étranglée depuis deux jours. Novo. Voie inguinale. Colon violacé et épiploon. Cure radicale. Sort le 5-1-36.

38. — M. Au..., 67 ans, entre le 9-8-38 pour h. c. g. depuis 48 heures. Novo. Incision parallèle à l'arcade. Anse lie de vin qui revient bien. Cure radicale. Sort le 1-9-38.

39. — Mlle Ol..., 1868, entre le 30-1-39, pour h. c. d. étranglée depuis 48 heures. Voie crurale. Novo. Anse grêle (avec Meckel sain), aubergine + épiploon. Réintégration, résection épiploon. Cure radicale. Sort le 16-2-39.

40. — Mme Ma..., 78 ans, entre le 23-11-36, pour h. c. g. étranglée depuis 29 heures. Novo. Incision parallèle à l'arcade. Anse noirâtre qui revient bien. Cure radicale. Sort le 16-12-36.

41. — Mme Lef..., 69 ans, entrée le 18-9-36, pour h. c. d. étranglée. Novo. Incision verticale. Anse un peu congestionnée. Cure radicale. Sort le 5-10-36.

42. — Mme Du..., 78 ans, entre le 26-7-36 pour h.c.d. étranglée. Voie crurale. Anse hyperémiee. Cure radicale. Sort le 14-8-36.

43. — Mme Ch..., 45 ans, entre le 26-5-41, pour h.c.d. étranglée. Ether. Incision parallèle à l'arcade. Pincement latéral. Anse revient bien. Cure radicale.

44. — M. Ch..., 69 ans, entre le 17-2-41 pour h. c. g. étranglée depuis 36 heures. Voie crurale. Anse congestive. Cure radicale. Sort le 9-3-41.

45. — M. Ro..., 56 ans, entre le 28-4-38, pour h. c. étranglée. Novo. Voie crurale. Pincement latéral. Anse ecchymotique, revient bien. Cure radicale. Sort le 13-5-38.

46. — M. But..., 50 ans, entre le 11-5-39, pour h.c.d. étranglée depuis 18 heures. Voie crurale. Cure radicale. Sort le 25-5-39.

47. — M. Mo..., 58 ans, entre le 6-7-39, pour h. c. d. étranglée. Ether. Incision horizontale. Pincement latéral violacé, revient bien. Cure radicale. Sort le 20-7-39.

48. — M. Lec..., 44 ans, entre le 20-11-39, h. c. étranglée. Novo. Voie crurale. Intestin revient bien. Cure radicale. Sort le 7-12-39.

49. — M. Lar..., 68 ans, entre le 2-1-4- pour h.c. étranglée depuis 5 jours. Anse angouée. Cure radicale. Sort le 19-1-41.

50. — M. Dev..., 58 ans, entre le 9-8-41 pour h. c. d. étranglée depuis 48 heures. Novo. Voie crurale. Anse congestionnée. Cure radicale.

51. — M. Vi..., 59 ans, entre le 15-2-40, pour h. c. g. étranglée depuis 3 heures. Novo + éther. Voie crurale. Epiploon + anse dépéritonisée. Surjet. Cure radicale. Sort le 3-3-40.

52. — Mlle Du..., 57 ans, entre le 6-1-41, pour h. c. étranglée depuis 24 heures. Voie crurale. Anse bruu foncé qui revient. Cure radicale. Sort le 23-1-41.

53. — Fou..., 42 ans, entre le 3-3-41, pour h. c. d. étranglée depuis 36 heures. Voie inguinale. Anse violacée qui revient bien après sérum et surtout novo. Cure radicale. Sort le 22-3-41.

54. — Mme Fa..., 68 ans, entre le 13-2-41, pour h.c.d. étranglée depuis 4 jours. Anse à peine ecchymotique. Cure radicale. Sort le 2-3-41.

55. — M. Pru..., 66 ans, entre le 23-1-41, pour h.c.g. étranglée depuis 48 heures. Anse revient bien. Cure radicale. Sort le 6-2-41.

56. — M. Bou..., 68 ans, entre le 21-3-41, pour h. c. d. étranglée depuis 18 heures. Voie inguinale. Anse ecchymotique, revient après sérum et novo. Cure radicale. Sort le 6-4-41.

57. — Mme La..., 68 ans, entre le 17-4-41, pour h. c. étranglée depuis 15 heures. Novo. Voie mixte. Anse très noire, revient bien. Cure radicale. Sort le 1-5-41.

58. — M. Ro..., 57 ans, entre le 16-6-41, pour h. c. g. étranglée depuis 7 heures. Novo. Voie inguinale. Anse revient bien. Cure radicale. Sort le 3-7-41.

59. — Mme Mo..., 66 ans, entre le 13-4-41, pour h.c.g. étranglée à la 9^e heure. Voie inguinale. Anse noire. revient bien. Cure radicale. Sort le 1-5-41.

60. — Mme Ma..., 1866, entre le 17-8-41, pour h. c. g. étranglée. Voie crurale. Anse rouge. Cure radicale. Sort le 6-9-41.

61. — M. Bo..., 1884, entre le 16-6-41, pour h. c. g. étranglée. Voie inguinale. Anse revient. Cure radicale. Sort le 3-7-41.

62. — Mme Be..., 1889, entre le 24-11-41, pour h.c.g. étranglée. Novo. Voie inguinale. La hernie se réduit, mais on retrouve l'anse saine. Pincement latéral. Cure radicale. Sort le 6-12-41.

63. — M. Cho..., 1867, entré le 1-1-42, pour h. c. d. étranglée depuis 3 jours. Novo. Voie mixte. Pincement latéral. Revient bien. Cure radicale.

64. — Mme Si..., 1876, entre le 29-12-41, pour h. c. g. étranglée depuis 48 heures. Voie inguinale. Anse congestionnée. Cure radicale.

65. — M. Ba..., 1866, entré le 27-10-41, h.c.d. étranglée depuis 48 heures. Voie mixte. Anse revient bien. Cure radicale. Sort le 13-11-41.

66. — M. De..., 1880, entre le 1-12-41, h. c. d. étranglée depuis le matin. Novo. Voie mixte. Cure radicale. Sort le 15-12-41.

67. — Mme V..., 1882, entre le 1-12-41, pour h. c. d. étranglée depuis le matin. Voie mixte. Anse revient bien. Cure radicale.

68. — Mme Bu..., 1862, entre le 20-10-41, pour h.c.d. étranglée depuis trois jours. Novo. Voie crurale. Anse rouge + épiploon. Cure radicale. Sort le 21-11-41.

69. — Mme Va..., 85 ans, entre le 7-12-41, h.c. étranglée depuis huit jours. Anse revient bien. Guérison.

En résumé : 5 morts post-opératoires.

40 guérisons.

Mortalité : 12,5 %.

V. — LÉSIONS LIMITÉES TRAITÉES PAR ENFOUISSEMENT :
5 cas.

70. — M. Ge..., 68 ans, entre le 20-2-41, pour h. c. étranglée à la 10^e heure. Incision oblique. Anse noire, avec ulcération du collet. Enfouissement de celle-ci, le reste revient bien. Cure radicale. Mort le 24-2-41. Autopsie : ni sang, ni pus dans l'abdomen ; anse dilatée au-dessus de la suture, sphacèle 10 cm. au-dessous.

71. — M. Bou..., 1859, entre le 2-1-39, pour h. c. d. étranglée depuis 2 jours. Incision oblique. Anse violacée. Elle revient assez bien et se contracte (sérum). Enfouissement d'une perforation punctiforme. Réintégration. Cure radicale.

5-1-39 : Suppuration fétide de la paroi, désunion.

7-1-39 : Décès.

72. — M. Bas..., 82 ans, entre le 26-12-40, pour h.c.d. étranglée. Voie crurale. Epiploon réséqué, anse avec tache hémorragique. Enfouissement. Mort le 4-1-41.

73. — Mme Bru..., 62 ans, entre le 10-6-40, au troisième jour d'une occlusion. Une médiane révèle la hernie. Incision crurale. Epiploon et anse qui file. Anse reprise par la médiane. Sillon très marqué et grisâtre. Enfouissement. Cure de la hernie. Fermeture de la médiane. Mort le 11-6-40.

74. — Mme Ha..., 76 ans, entre le 9-6-41, pour h. c. d. à la 48^e heure. Locale. Voie crurale. Au cours du débridement, on perfore l'anse très fragile, juste au niveau du point de striction au pied de l'anse. Par ailleurs, l'anse infiltrée et hémorragique se contracte bien sous le sérum. Suture en deux plans de la perforation. Au cours des essais de réintégration dans le ventre, l'anse, excessivement fragile, se déchire en un point : suture en deux plans. On agrandit l'orifice crural par section verticale de l'aponévrose du grand oblique. Réintégration facile ensuite.

1 drain 25 autour duquel on ferme le péritoine. Résection du sac. 1162 F. Mèche, pansement à plat. Sort le 6-7-41.

En résumé : 4 morts. Mortalité 80 %.

VI. — ANSES NON VUES : 16 observations.

75. — Mme Me..., 37 ans, entre le 7-10-40, pour h. c. étranglée. Novo. Voie crurale. L'anse n'est pas vue. Cure radicale.

8-10-40 : Emission de sérosité non sanglante fécaloïde.

9-10-40 : Occlusion. Médiane : pus et matières dans le péritoine. Perforation au voisinage d'un anneau d'étranglement. Perforation mise à la peau. 2 drains dans le Douglas, bronzes. Mort le 10-10-40.

76. — Mme Lo..., 56 ans, entre le 27-2-39, pour h. c. étranglée à la 6^e heure. Incision parallèle à l'arcade. Liquide séro-hématique dans le sac. L'anse n'est pas vue. Cure radicale. Mort le 9-3-39.

77. — Mme Ja..., 47 ans, entre le 5-10-36, pour h.c.g. étranglée depuis 24 heures. Vomissements. Léger ballonnement. Voie crurale. On ne voit pas l'anse qui file. Cure radicale.

12-10-36 : Brusquement, douleurs, vomissements, arrêt des matières et des gaz. Médiane sous-ombilicale : perforation intestinale. On place une sonde dans la perforation et on fait un Witzel par dessus. Drain dans le Douglas. Sort le 22-11-36.

78. — Mme Al..., 33 ans, entrée le 26-3-36, pour h.c.d. étranglée. Novo. Résection du sac déshabité. Sort le 5-4-36.

79. — Mlle Bou..., 54 ans, entre le 28-4-41, pour h.c.g. étranglée à la 8^e heure. Sac vide. Anse non vue. Cure radicale. Sort le 29-5-41.

80. — Mlle Fr..., 57 ans, entre le 16-12-40, pour h.c.g. étranglée. Frange colique réséquée. On ne voit pas l'intestin. Cure radicale. Sort le 12-1-41.

81. — Mme Dr..., 57 ans, entre le 28-10-40, pour h.c.d. étranglée à la 6^e heure. Novo. Pas d'anse visible. Cure radicale. Sort le 14-11-40.

82. — M. Is..., 52 ans, entre le 4-1-40, pour h. c. g. étranglée à la 6^e heure. Ether. Anse non vue. Cure radicale. Sort le 18-1-40.

83. — M. Mi..., 44 ans, entre le 28-4-41, pour h. c. d. étranglée à la 5^e heure. Ether. Incision parallèle à l'arcade. L'anse, qui file, n'est pas vue. Sorti le 18-5-41.

84. — Mme Ou..., 51 ans, entre le 24-2-41, pour h.c.g. étranglée depuis trois jours. Incision parallèle à l'arcade. Lipome. Sac déshabité. Cure radicale. Sort le 13-3-41.

85. — M. Re..., 70 ans, entre le 6-3-41, pour h. c. étranglée. Anse non vue. Sort le 20-3-41.

86. — M. St..., 1862, entre le 11-8-41, pour h. c. g. étranglée. Novo. Voie inguinale. Cure radicale. Sort le 31-8-41.

87. — Mme La..., 74 ans, entre le 10-6-41, pour h.c.d. étranglée. Novo. Voie mixte. Liquide séreux dans le sac. Pas d'anse. Cure radicale. Sort le 23-10-41.

88. — Mme Lec..., 71 ans, entre le 6-10-41, pour h.c.d. étranglée. Novo. Voie inguinale. Sac vide. Cure radicale. Sort le 26-10-41.

89. — Mme La..., 1884, entre le 9-11-41, pour h. c. d. étranglée. Ether. Incision en hameçon inguino-cruale. Réduction au début de l'anesthésie. Cure radicale. Sort le 23-11-41.

90. — M. Ma..., 48 ans, entre le 27-11-41, pour h.c.d. étranglée à la 4^e heure. Hernie réduite pendant le

transport à la salle d'opération. Incision inguinale
Sac vide. Cure radicale.

En résumé : 2 morts.

14 guérisons.

Mortalité 12,5 %.

VII. — EXTÉRIORISATION SIMPLE OU AVEC ANASTOMOSE AU
PIED DE L'ANSEANUS AVEC OU SANS RÉSECTION : 4 ob-
servations.

91. — Mme Gi..., 1873, entre le 11-9-41, pour phleg-
mon herniaire droit. Incision sans débridement. Le
4-10-41, rachi, incision inguinale. Ligature et section
des vaisseaux épigastriques. Ouverture du péritoine.
On repère l'anse dont le sommet est pincé latérale-
ment. Section du collet de l'anse. Fermeture en deux
plans au lin. 1162 F. 2 catguts chromés sur la paroi.
Sortie le 10-11-41.

92. — M. Rie..., 65 ans, entre le 6-9-37, pour h. c.
étranglée depuis plusieurs jours. Incision crurale.
Anse feuille morte, + petite fistulisation. Abouche-
ment à la peau. Incision iliaque. Anastomose latéro-
latérale de l'anse dilatée à une anse plate. Mort le
7-9-37.

93. — Rip..., 59 ans, entre le 31-1-38, pour h. c. d.
étranglée depuis 7 jours. Voie crurale. Novo. Le sac
contient une masse épliploïque, sphacélée, et une
anse intestinale, gangrénée sur 6 à 7 cm. Ne revient
pas. Résection 10 à 12 cm. Anastomose latéro-latérale

en deux plans. Sonde de Pezzer, coupée dans le bout supérieur. Suture du mésentère. Fermeture du sac autour de la sonde. Fixation au péritoine de l'anneau du fil d'enfouissement de la sonde et des moignons intestinaux. Fermeture conjoint Cooper. La sonde sort au milieu des quatre mèches iodoformées. Drains sur la peau. Mort le jour même.

94. — Mme Schi..., 58 ans, entre le 14-11-40, pour h. c. g. étranglée à la 48^e heure. Anse noirâtre, ne revient pas complètement. Extériorisation sur un lit de compresses. Trois points au catgut fixent le méso à la peau. Le 16-11-41 : sphacèle probable au niveau du collet. Incision iliaque gauche. Anastomose iléo-iléale, latéro-latérale. Fermeture sans drainagé. Le 15-2-41 : fistule du grêle. Il reste une longue boucle dilatée au-dessus de l'anastomose. Résection de 40 cm. d'iléon et anastomose latéro-latérale en 2 plans au-dessous de la première. 1162 F. Deux crins doubles ferment l'anneau. 2 crins cutanés. Le 20-11-41 : volumineuse h.c.g. étranglée récidivée. Cure radicale.

Au total : 2 morts.

VIII. — Nous METTRONS à part une faute opératoire, un accident de la rachi-anesthésie.

95. — Mme Fou..., 48 ans, entre le 20-2-36, pour h. c. d. étranglée. T° à 40°. Novo + éther. Dans le sac trompe et ovaire congestionnés. Réintégration. Fermeture de l'anneau. Médiane ? Mort le 2-3-36. Autopsie : pus dans les trompes.

96. — M. Ber..., 1888, entre le 14-10-35, pour h. c. d. étranglée. Rachi. Mort d'accidents asphyxiques dès le début de l'intervention.

IX. — RÉSECTION AVEC ENTÉRO-ANASTOMOSE IMMÉDIATE :
15 observations.

97. — Mme Pi..., 69 ans, entre le 25-8-41 pour h.c.d. étranglée depuis 5 jours. Novo. Incision inguinale. Double perforation. Résection de 20 cm. Termino-terminale en 2 plans Cooper conjoint aux crins. 1162 F. Peau suturée. Mort le 27-8-41.

98. — Mme Ja..., 77 ans, entre le 28-1-40, pour h.c.d. étranglée au 8^e jour. Aspect inflammatoire des téguments. Vomissements, arrêt des matières et des gaz. Tissu sous-cutané verdâtre. Section de l'arcade. Anse sphacélée. Résection et suture bout à bout, fixée à l'anneau. Lamé de caoutchouc au contact. Mort le 2-2-40.

99. — Mme Ad..., 79 ans, entre le 5-5-41, pour h.c.d. étranglée depuis 4 jours. A refusé l'opération jusqu'alors. Aspiration 1 litre et demi. Intervention à 22 heures. Incision parallèle à l'arcade. Pincement latéral perforé. Résection de 30 cm. Anastomose termino-terminale en 3 plans. Cure radicale. Fermeture sans drainage. Mort le 7-5-41.

100. — Mme Th..., 65 ans, entre le 9-2-41, pour h.c.d. étranglée depuis 3 ou 4 heures. Incision parallèle à l'arcade. L'intestin ne revient pas. Insertion du mé-

sentère de 7 à 8 cm. Résection, anastomose termino-terminale en 3 plans. Cure radicale. Mort le 13-2-41.

101. — Mme Co..., 1864, entre le 27-11-41, pour h.c.d. étranglée depuis 4 jours. Incision inguinale. Débridement du ligament de Gimbernath. Une anse étranglée ne revient pas sous le sérum. Résection de 15 cm. de grêle environ. Anastomose termino-terminale en deux plans au lin. Paroi 2 crins doubles, arcade Cooper conjoint. Pas de fermeture cutanée. 1162 F. Mort le 38-11-4.

102. — Mme Su..., 78 ans, entre le 12-2-40, pour h.c.d. étranglée depuis 48 heures. Bon état général. Vomissements. Ballonnement. Voie inguinale. Incision de l'arcade. Anse violacée noirâtre, jaunâtre sur 10 cm. Résection. Suture termino-terminale. Suture conjoint Cooper, suture de l'arcade, drain filiforme sous-cutané. Sort le 27-3-40.

103. — Mme No..., 64 ans, entre le 15-1-40, pour h. c. d. étranglée depuis 24 heures. Novo. Voie inguinale. Section de l'arcade. Amincissement et teinte jaunâtre au niveau du sillon. Résection, suture bout à bout. Cure radicale. Sort le 4-2-40.

104. — Mme Son..., 46 ans, entre le 11-11-40, pour h. c. d. étranglée depuis 8 heures. Ether. Débridement de l'anneau. L'intestin ne revient pas. Déchirure du méso sur 5 cm. On doit agrandir en sectionnant arcade et conjoint (anse près du caecum). Résection 15 cm. Bout à bout en 2 plans. 1 drain. Réfection de la paroi. Sort le 5-12-40.

105. — Mme Fe..., entre le 17-4-41, pour h. c. étran-

glée à la 12^e heure. Novo. Voie mixte. Anse ne revient pas après un quart d'heure. Méso éraillé. Résection de 15 cm. Suture termino-terminale en 2 plans. Cure radicale. Sort le 11-5-41.

106. — Mme Gau..., 61 ans, entre le 26-5-41, pour h. c. d. étranglée depuis 4 jours. Vomissements, douleurs, arrêt des matières et des grz. Peau rouge. Incision parallèle à l'arcade. Liquide sanglant d'odeur fécaloïde, anse gangrénée non perforée. Résection. Suture termino-terminale. 1162 F dans le péritoine. Drain. On ferme le péritoine autour. Peau ouverte.

107. — Mme Ba..., 83 ans, entre le 28-8-41, pour h.c.g. étranglée depuis 5 jours. Novo. Voie inguinale. Pincement latéral perforé. Résection 10 cm. termino-terminale en 2 plans. Fermeture du sac sur 1 drain. Cooper conjoint au catgut. 1162 F. Peau ouverte.

108. — Mme Ob..., 44 ans, entre le 2-6-41, pour h.c.d. étranglée depuis 15 heures. Incision recourbée. Isolation du sac. Débridement de l'anneau. Ouverture du sac. Anse violet foncé, se vidant dès que l'on attire ses deux pieds et devenant flasque. La striction supérieure a déterminé un aspect nécrotique. Le méso infiltré est très friable et se déchire. L'anse ne revient pas sous le sérum. Résection de 15 cm. de grêle. Suture en 2 plans bout à bout avec point d'appui au niveau du méso. Fermeture de la brèche mésentérique. Fermeture du péritoine autour d'un drain. Paroi ouverte. 1162 F. Sortie le 29-6-41.

109. — Mme Het..., 46 ans, entre le 24-4-41, pour h. c. g. étranglée datant de 24 heures. Rachi. Incision

parallèle à l'arcade. Liquide sanglant. Anse noirâtre. de mauvais aspect. Ne revient ni sous le sérum, ni après injection de novocaïne dans le méso. Résection. Anastomose termino-terminale en deux plans. Fermeture de l'anneau. Sort le 31-5-41.

110. — Mme We..., 1876, entre le 25-12-41, pour h. c. g. étranglée depuis 18 heures. Incision inguinale. Débridement du collet. Le sac contient une anse violacée, mais encore saine. Résection de l'anse, résection du sac. Cure radicale.

111. — M. Ala..., 1875, entre le 1-12-41, pour h. c. g. étranglée depuis le matin. Incision inguinale. Débridement et ouverture du sac. L'anse est perforée. Résection de 25 cm. de grêle. Suture termino-terminale au lin en 3 plans. Fermeture du péritoine sur 2 drains, un catgut sur le grand oblique. Peau ouverte. 1162 F.

Sur 15 résections : 5 morts, soit une mortalité de 33 %.

La mortalité globale est de 20 pour 111 observations, soit 18,01 %.

CONCLUSIONS

1° L'anesthésie locale est la méthode de choix dans les hernies crurales étranglées ; elle permet toujours de pratiquer l'intervention indiquée ; elle ne présente aucun danger et met à l'abri de certains inconvénients de l'anesthésie générale ou rachidienne.

2° L'abord par voie inguinale évite de laisser filer l'anse incarcérée, facilite grandement la résection intestinale lorsqu'elle est indiquée ; permet de fermer solidement l'anneau crural en abaissant aisément le tendon conjoint et l'arcade crurale jusqu'au ligament de Cooper.

3° La résection intestinale, avec suture termino-terminale, méthode idéale, nous semble également, malgré sa mortalité relativement élevée, la méthode la plus sûre lorsqu'il existe des lésions irréversibles de l'intestin. Mais elle doit être suffisamment étendue pour enlever toutes les lésions qui peuvent remonter haut au-dessus de l'anse étranglée.

4° Le geste chirurgical n'est pas tout et avec la re-chloruration et la réhydratation, l'aspiration duodé-

nale continue par la méthode de Wangensteen est essentielle et doit permettre d'améliorer beaucoup les résultats.

5° Dans le phlegmon pyostercoral, il faut savoir ne faire que le minimum : la simple incision du sac, sans débridement. Une entéro-anastomose au pied de l'anse, immédiate si le malade paraît pouvoir la supporter, ou précoce dans les 5 à 8 jours suivant l'intervention, comme le conseille Chatain, améliorera le pronostic de cet anus du grêle.

Vu : le Doyen de la Faculté, Vu : le Président de thèse,
BAUDOUIN. MATHIEU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
Gilbert GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

Nous donnons ici simplement le titre des ouvrages qui ont été les plus utiles pour notre travail et les travaux récents. Nous renvoyons, pour une bibliographie plus complète, à la thèse de CHATAIN (Paris, 1938).

BACHY. — Infarctus iléo-mésentérique et hernie étranglée. *B. et M. de la Soc. N. de Chir.*, 1931, tome 57, p. 1487.

BAILEY (Hamilton). — Hernie crurale étranglée. Comparaison des différentes méthodes de traitement. *Brit. Med. J.*, t. 2, déc. 1928, p. 433.

BARDET. — La gangrène herniaire et son traitement. *Th Paris*, 1920.

BELLER et COLP. — Hernies étranglées et vitalité de l'intestin qui y est contenu d'après 278 observations. *Arch. of Surg.*, t. 12, avril 1926, pp. 887-901.

BINET (Léon). — L'occlusion intestinale, maladie déchlorurante. *Mém. Ac. Chir.*, t. 67, p. 649, 15 oct. 1941.

BINET (L.) et VIAÏA. — Sur la rechloruration d'urgence avec la solution chlorurée sodique hypertonique à 10 p. 100. *Mém. Ac. Chir.*, t. 63, oct. 1937, p. 973.

BOSC et BLANC. — Des lésions de l'intestin dans les cas de hernie étranglée et d'engouement. *Arch. de méd. exp.*, 1896, p. 723.

BOSC et BLANC. — Du passage des microbes à travers les parois de l'intestin hernié. *Arch. de méd. exp.*, 1896, p. 735.

BOUILLY. — De l'entérectomie et de l'entérorraphie. *Rev. de Chir.*, 1881.

BOUILLY et ASSAKY. — De la résection circulaire et de la suture dans la cure des hernies étranglées gangrénées et de l'anus contre nature. *Rev. de Chir.*, 1883.

BRENIZER. — Résections étendues de l'intestin grêle. *Ann. of Surg.*, t. 89, p. 675, mai 1929.

BROCC, ISELIN et EUDEL. — L'aspiration duodénale continue dans l'occlusion intestinale. *Presse méd.*, n° 52, p. 645, 17 juin 1941.

BURGAN. — Thèse Toulouse, 1925.

CAPETTE et BECLÈRE. — Aspiration duodénale continue dans un cas d'occlusion post-opératoire. *Mém. Ac. Chir.*, t. 67, p. 208, 19 mars 1941.

CHAPUT. — Plusieurs procédés nouveaux d'entérorraphie. *Congrès de Chirurgie*, 1889.

CHATAIN. — Thèse de Paris, 1938.

CLADO. — Congrès de Chirurgie, 1889.

CORNIL et TCHISTOVITCH. — Lésions de l'intestin dans les hernies étranglées. *Arch. méd. exp.*, 1889, p. 354.

CURTILLET. — Infarctus intestinal et étranglement herniaire. Un cas d'entérite aiguë extensive mortelle consécutive à la réduction d'une hernie étranglée. *B. et M. Soc. de Chir.*, t. 61, p. 799, 12 juin 1935.

DARMAILLACQ, DARAGNEZ et ORAISON. — A propos du traitement des hernies étranglées. Etude critique de 117 observations. *Soc. de Chir. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 26 juin 1941.

Dictionnaire encyclopédique de sciences médicales, 1888.

DELORE et THÉVENET. — Résections intestinales dans la hernie étranglée. *Rev. de Chir.*, t. 39, 1909, p. 1153.

DUCAROS. — Entéro-anastomose termino-latérale avec anus contre nature dans les hernies étranglées et gangrène de l'iléon. *B. et M. Soc. Chir.*, 4 mars 1925, p. 242.

DUMPHY. — Diagnostic et chirurgie de la hernie crurale étranglée. *Journ. of the Am. Med. Ass.*, 5 juin 1940.

DUVAL. — La rachi-anesthésie dans l'iléus aigu. *B. et M. Soc. de Chir.*, t. 53, 1927, pp. 169 et 596.

FAURE. — Essai sur l'anesthésie régionale. *Thèse Lyon*, 1911.

FIOLLE. — Les lésions graves du mésentère dans la hernie étranglée. (Oblitération vasculaire et désinsertion). *B. et M. Soc. de Chir.*, t. 45, 1921, p. 813.

FLAMAND et POHL. — Les lésions intestinales dans les hernies étranglées. *J. de Chir. et Ann. Soc. Belge de Chir.*, an 37, n° 8, oct. 1938, p. 296.

FONTAINE et KUNLIN. — Infarctus intestinal et étranglement herniaire. Etude expérimentale. *Presse médicale*, 20 juin 1936, pp. 1015-1017.

FORGUE. — Précis de pathologie externe.

GARRY. — Traitement de la gangrène de l'intestin *Zentralbl. f. Chir.*, 1930, n° 21, p. 1271.

GOSSET, BINET et PETIT-DUTAILLIS. — Les accidents généraux de l'occlusion intestinale et les moyens de la combattre. *Journal de Chirurgie*, t. 35, 1930, p. 321.

GOSSET et PETIT-DUTAILLIS. — Précis de pathologie chirurgicale.

GUIBAL. — Etranglement rétrograde. Hernie en triple V. Rôle de la thrombose des vaisseaux mésentériques dans certaines gangrènes humaines. *B. et M. Soc. de Chir.*, 1933, t. 59, p. 174.

GUINARD. — Traitement de la gangrène herniaire par l'invagination totale ou partielle de l'intestin. *Congrès de Chirurgie*, 1895.

ISELIN et EUDEL. — L'aspiration duodénale continue d'après Wangensteen dans l'occlusion intestinale aiguë. *Mém. de Chir.*, t. 67, p. 163, 5 mars 1941.

JEANNENEY. — Deux cas de hernies étranglées de l'appendice. *Journal de médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 29 avril 1939.

LAMBRET et DRIESSENS. — Rôle du système neuro-végétatif dans la production de l'hypochlorémie au cours de l'occlusion. *Mém. Ac. Chir.*, t. 67, p. 649, 15 octobre 1941.

LECÈNE. — Hernie inguinale congénitale étranglée avec désertion mésentérique spontanée. *B. et M. Soc. Chir.*, 1933, p. 174.

LECÈNE et LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale, t. III, p. 78.

LEJARS. — Chirurgie d'urgence.

MASMONTEIL. — Encyclopédie médico-chirurgicale Urgence. 24.050.

MATYAS. — Petits moyens techniques pour prévenir la progression de l'infection gangréneuse dans la cavité abdominale dans les cas de hernies crurales étranglées anciennes à traiter par résection intestinale. *Zentralbl. f. Chir.*, 1939.

NICAISE. — Des lésions de l'intestin dans les hernies étranglées. *Thèse Paris*, 1866.

NÆTZEL. — L'opération inguinale de la hernie crurale d'après Reich. *Zentralbl. f. Chir.*, 3 août 1940.

PATEL. — In traité de Chirurgie de LE DENTU et DELBET.

ROBINEAU. — *B. et M. Soc. Chir.*, t. 63, oct. 1937.

SOUPAULT (L.). — La réhydratation en chirurgie. *Rev. de Chir.*, oct.-déc. 1941, p. 257.

TERRIER et GOSSET. — De l'exclusion de l'intestin. *Rev. de Chir.*, 1900, p. 129.

THOMAS. — Traité des opérations d'urgence, 1878.

TILLAUX. — Traité de Chirurgie clinique, 1900.

VILLARD. — Congrès de Chirurgie, 1895.

WILMOTH et LE MELLETIER. — A propos des modifications du sérum salé hypertonique. *M. Acad. Chir.*, 30 juin 1937.

